GRUNDRISS DER SOZIALEN HYGIENE

Von

Dr. med. ALFONS FISCHER,
Arzt in Karlsruhe i. B.

Zweite, vollständig neugestaltete und vermehrte Auflage

Mit 71 Abbildungen und 35 Zeichnungen im Text



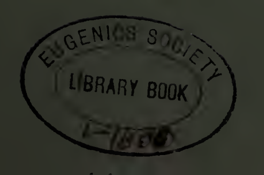


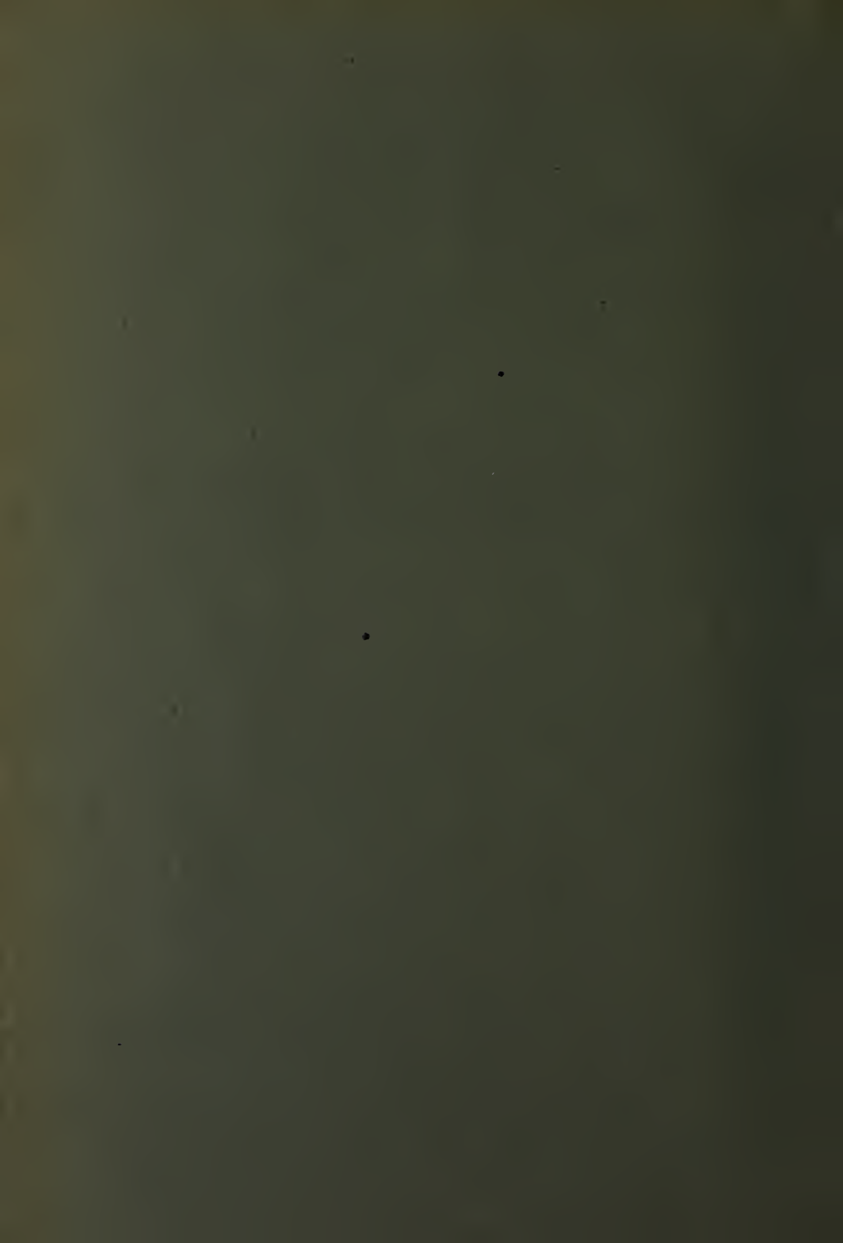
1925

VERLAG C. F. MÜLLER, KARLSRUHE I. B.




EUGENICS SOCIETY
LIBRARY BOOK


EUGENICS SOCIETY
LIBRARY BOOK



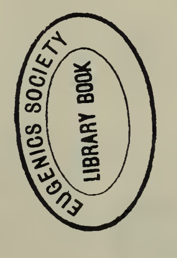
GRUNDRISS
DER
SOZIALEN HYGIENE

Von

Dr. med. ALFONS FISCHER,
Arzt in Karlsruhe i. B.

Zweite, vollständig neugestaltete und vermehrte Auflage

Mit 71 Abbildungen und 35 Zeichnungen im Text





1925
VERLAG C. F. MÜLLER, KARLSRUHE I. B.

Buchdruckerei C. F. Müller, Karlsruhe i. B.

Vorwort zur zweiten Auflage.

Weite Welt und breites Leben,
Langer Jahre redlich Streben;
Stets geforscht und stets gegründet,
Nie geschlossen, oft geründet,
Ältestes bewahrt mit Treue,
Freudig aufgefaßtes Neue,
Heitern Sinn und reine Zwecke:
Nun, man kommt wohl eine Strecke.

Schöner als mit den Worten Goethes kann ich die Gedanken und Gefühle, von denen ich bei der Niederschrift geleitet wurde, gewiß nicht ausdrücken, aber auch nicht zutreffender.

Allein, ich muß noch einige ungebundene Worte über das Schicksal meines Buches hinzufügen.

Als die erste Auflage, die 1500 Stück umfaßte, erschien, äußerte ein Sozialhygieniker mir gegenüber, daß sich erfahrungsgemäß nicht mehr als 500 Käufer von sozialhygienischen Büchern im Deutschen Reich finden. Im ersten Jahre nach dem Erscheinen waren einige hundert Stück verkauft. Kurz darauf begann der Weltkrieg; der Absatz wurde gering. Größer wurde die Nachfrage seit Kriegsende, und besonders stark, nachdem das Buch in den gleichen Verlag, in dem auch die von mir herausgegebenen „Sozialhygienischen Mitteilungen" seit 1917 erscheinen, übergegangen ist. Seit mehreren Jahren ist die erste Auflage vergriffen.

Trotzdem konnte ich mich lange nicht entschließen, die zweite Auflage zu schreiben. Die Zustände im Deutschen Reiche waren noch zu ungeklärt. Auch fehlten brauchbare Zahlenangaben über die Vorgänge der letzten Zeit. Seit Ende 1923 trat hier ein erfreulicher Wandel ein. Nun ging ich an die Arbeit.

Die lange Zeit des Wartens habe ich nicht ungenutzt verstreichen lassen. Ohne Unterlaß habe ich seit 1913 Stoff gesammelt; er wuchs geradezu riesenhaft. Reiche Erfahrungen zu gewinnen hatte ich Gelegenheit, besonders auch durch meine Mitarbeit in der Leitung von mehreren dem Gesundheitswesen dienenden Körperschaften. Dazu kam, daß ich seit 1918 das Gebiet der Hygiene unter dem Gesichtswinkel meiner neuen Begriffsdeutung betrachte; die Folge davon ist, daß sich die soziale Hygiene für mich zur kulturellen Hygiene erweiterte. So konnte von der ersten Auflage kaum ein einziger Satz übernommen werden; die zweite Auflage ist ein völlig neues Buch.

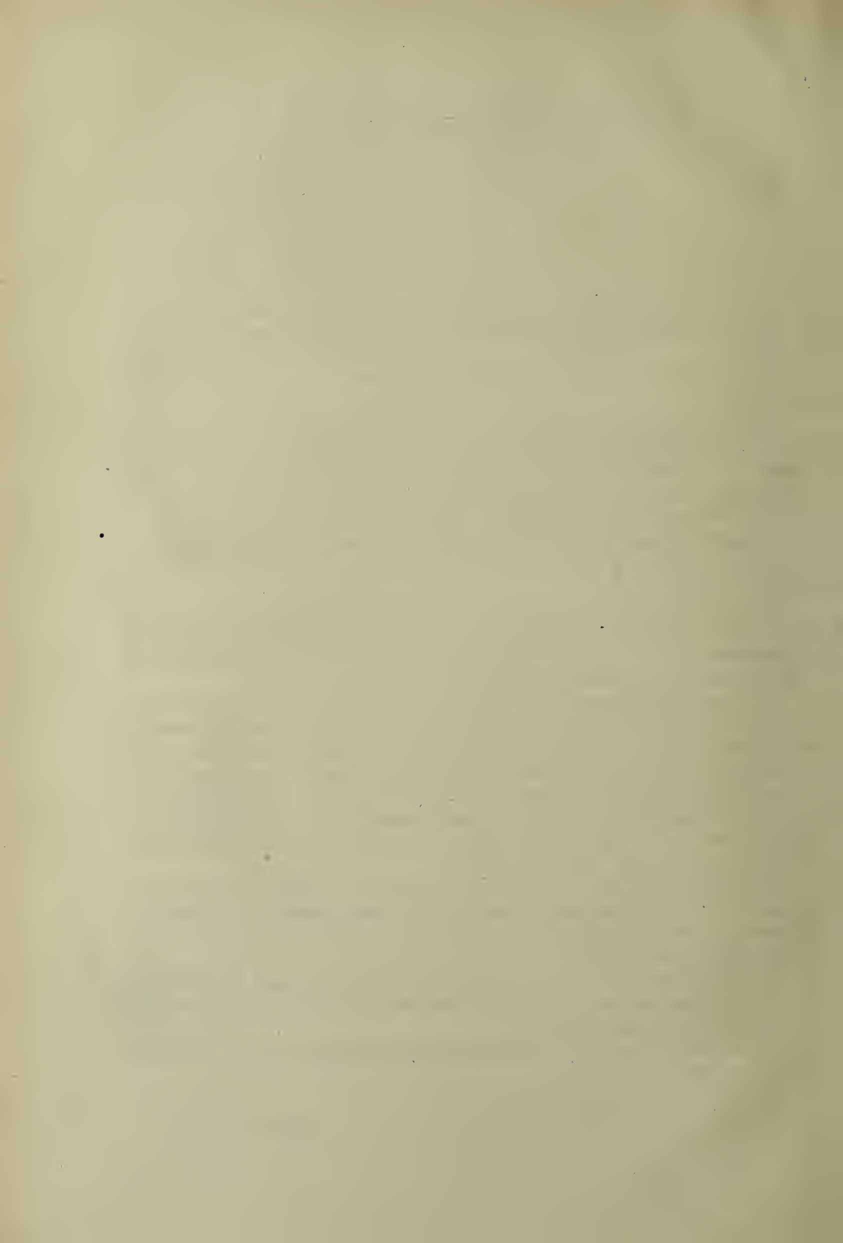
Mein 1913 erschienener „Grundriß" wurde in zahlreichen Kritiken, von denen einige die namhaftesten Sozialhygieniker geschrieben hatten, günstig beurteilt. Die verhältnismäßig wenigen Bemängelungen fand ich zumeist berechtigt; ich habe aus ihnen Nutzen für die neue Auflage gezogen.

Die Stoffeinteilung ist, trotz der neuen Begriffsdeutung, fast ganz dieselbe wie in der ersten Auflage geblieben. Die Arbeit ist mir aber gerade durch die neue Begriffsdeutung wesentlich erleichtert worden.

Das Ziel meines Buches ist, der praktischen Arbeit und dem Fortschritt der Wissenschaft zu nützen.

Karlsruhe i. B., 21. Dezember 1924.

Alfons Fischer.



Inhaltsübersicht.

Seite

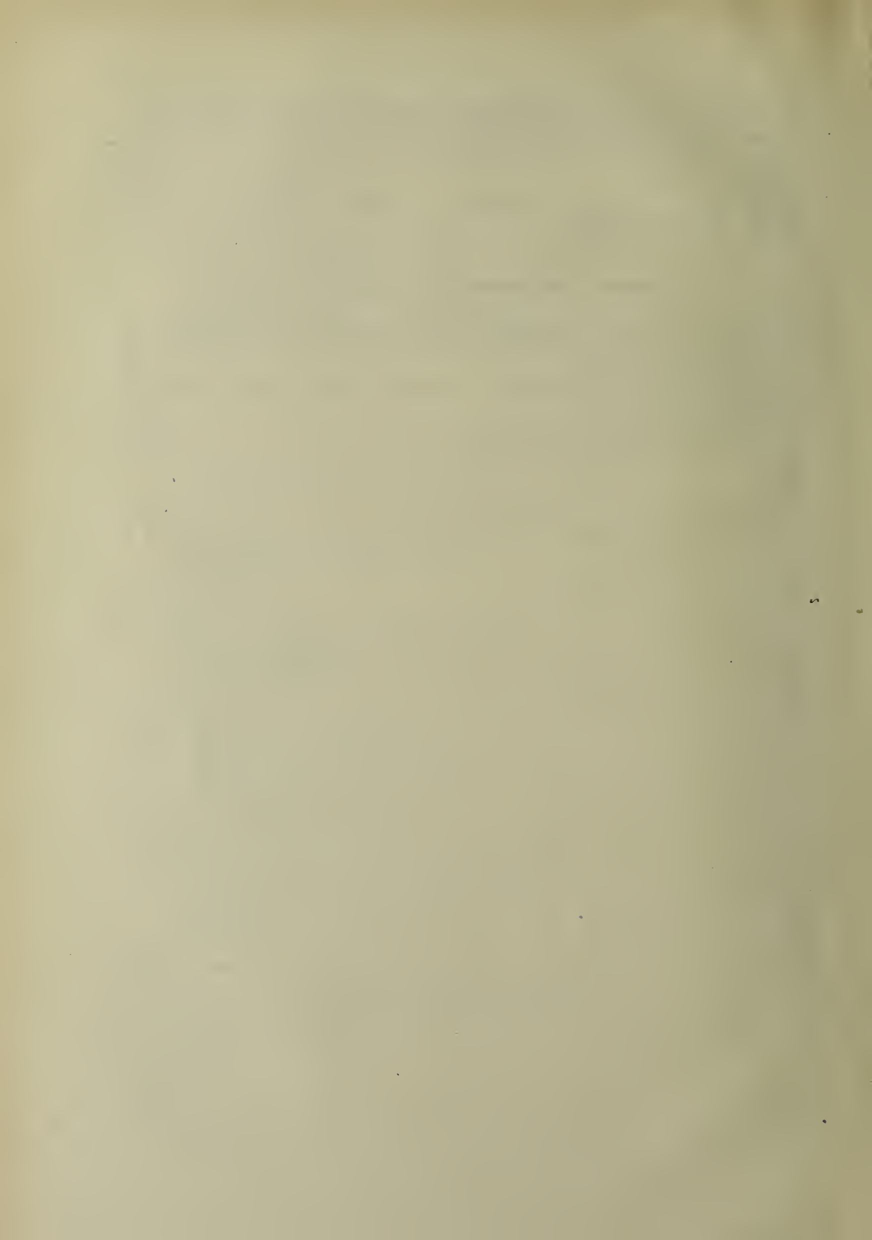
I. Allgemeines.

II. Hauptbestandteile der sozialen Hygiene.

III. Sozialhygienische Zustände einzelner Personenklassen.

IV. Einflüsse der kulturellen Umwelt auf einzelne Krankheitsarten.

V. Umfassende Maßnahmen der kulturellen Hygiene.



I. Allgemeines.

1. Begriff und Aufgabenkreis der sozialen Hygiene.

Der Name „soziale Hygiene" gleicht einem Schrein, dessen Wert von seinem Inhalt abhängt. Dieser Inhalt wurde jedoch, obwohl die Bezeichnung „soziale Hygiene" jetzt in aller Munde ist, bisher keineswegs übereinstimmend angegeben. Um das Wesen der sozialen Hygiene zu erkennen, muß man von der Hygiene ausgehen. Man knüpft hierbei am besten an die Lehren Pettenkofers[1]), des Altmeisters der Gesundheitswissenschaft, an. Er betonte bei der Deutung des Begriffes „Hygiene", daß es sich „nicht bloß um Verhütung, sondern auch um Stärkung oder Vermehrung der Gesundheit" handelt. Und sein Mitarbeiter Geigel[2]) wies darauf hin, daß die Hygiene sowohl eine „Lehre oder Theorie" als auch eine „Kunst oder Therapie" ist. Aus diesen vor mehr als vier Jahrzehnten ausgesprochenen und nie bestrittenen Grundsätzen geht hervor: Die Hygiene befaßt sich nicht nur (negativ) mit der Prophylaxe, der Krankheitsverhütung, sondern auch (positiv) mit der Verbesserung der Gesundheit, mit der Vergrößerung der Leistungsfähigkeit, mit der Mehrung der Volkskraft; sie ist eine Wissenschaft und zugleich ein Gebiet praktischer Betätigung.

Es ist hierbei jedoch zu bemerken, daß bei den Worten „Gesundheit" bezw. „Leistungsfähigkeit" nicht nur an den Körper, sondern ebenso an den Geist[3]) zu denken ist. Ferner sei darauf hingewiesen, daß die Hygiene, da sie sich mit der gesamten Tätigkeit des Menschen in gesundheitlicher Hinsicht befaßt, auch die Fortpflanzung zu berücksichtigen hat und daher nicht nur auf die gegenwärtig lebenden Menschen, sondern zugleich auf deren Nachkommenschaft[4]) Bedacht nehmen muß.

Die Hygiene hat Lehrsätze aufgestellt, die der Einzelmensch zu befolgen hat, um seine Gesundheit zu erhalten und zu stärken. Dieser Zweig heißt die persönliche oder individuelle Hygiene. Vielfach kann aber der Einzelmensch, selbst wenn er diese Lehren kennt und beachten will, sie doch nicht verwirklichen, weil Kräfte außerhalb seines Organismus, denen gegenüber er als einzelner zu schwach ist, auf seine Gesundheit und zugleich auf die von vielen anderen Menschen schädliche Einflüsse ausüben. Die Lehre von den Einflüssen der Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse von Bevölkerungsschichten, Gemeinden, Staaten nennt man die öffentliche Hygiene.

---

[1]) Der Heidelberger Professor Oesterlen hatte bereits in seinem „Handbuch der Hygieine", Tübingen 1851, die Hygiene als den Teil der medizinischen Wissenschaft, der sich mit der Erhaltung und Förderung der menschlichen Gesundheit befaßt, bezeichnet; auch er unterschied schon bei der Hygiene zwischen einer wissenschaftlichen und einer künstlerischen Seite.

[2]) A. Geigel: „Öffentliche Gesundheitspflege", 3. Teil des Handb. d. Hyg. u. d. Gewerbekrankh., Leipzig 1882.

[3]) Siehe hierzu die Darlegungen von Rubner auf S. 14.

[4]) Pettenkofer äußerte sich hierzu in der Schrift „Über den Werth der Gesundheit für eine Stadt" (Braunschweig 1873) folgendermaßen: „Da sich ein Teil der Gesundheit ebenso wie ein Teil der Krankheit von den Eltern auf die Kinder vererbt, so erhellt von selbst der Wert eines nach den Regeln der Hygiene geordneten Lebens nicht bloß für das Individuum, sondern auch für seine Nachkommen und ganze Generationen, und dadurch für die allmähliche Verbesserung der Rasse."

Während über diese Begriffe volle Übereinstimmung bei allen Hygienikern herrscht, gehen die Ansichten noch auseinander, sobald man das gewaltige Gebiet der öffentlichen Hygiene zu gliedern beginnt. Und doch läßt sich eine solche Einteilung ungezwungen und mit großem Nutzen für die Wissenschaft und Praxis durchführen, wenn man sich auch hier wieder an die Lehren Pettenkofers[1]) hält. Er schrieb im Jahre 1876: „Die Hygiene hat die Wertigkeit aller Einflüsse der natürlichen und künstlichen Umgebung des Organismus zu untersuchen und festzustellen, um durch diese Erkenntnis dessen Wohl zu fördern." Pettenkofer selbst befaßte sich, da er Naturwissenschaftler von Beruf war, vorzugsweise mit dem Studium der natürlichen Umgebung (Luft, Boden, Wasser, Nahrungsmittel usw.), während die Einflüsse der künstlichen oder, wie wir heute sagen, kulturellen (sozialen) Umwelt (wirtschaftliche Verhältnisse, Bildung, Gesetzgebung, Weltanschauung usw.) von ihm eingehender nicht erforscht wurden. Zur Zeit der Haupttätigkeit Pettenkofers standen die Probleme der physischen Umwelteinflüsse im Vordergrund des hygienischen Interesses; aber er selbst hat betont, daß „die Gegenstände der Hygiene mit dem Fortschreiten der Erkenntnis der näheren Umgebung der Menschen und der Anwendung verschiedener Einrichtungen und ihrer Einwirkung auf die Gesundheit nicht immer die gleichen bleiben können, sondern sich ändern müssen". Tatsächlich haben sich die Aufgaben der Gesundheitswissenschaft besonders in den letzten Jahrzehnten gewandelt, worauf wir im Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" näher zu sprechen kommen. Hier sei nur erwähnt, daß man sich bis zum Beginn dieses Jahrhunderts und darüber hinaus an den wissenschaftlichen Forschungsstätten fast nur mit dem Studium der physischen Umwelteinflüsse beschäftigt hat; dieser Zweig der Gesundheitswissenschaft wurde irrtümlicherweise die Hygiene genannt.

Eine kleine Anzahl deutscher Forscher, zumeist Ärzte, Nationalökonomen und Statistiker, suchte die Beziehungen der hygienischen Zustände zu den sozialen Verhältnissen zu ergründen; für diesen neuen Zweig der Wissenschaft wählte man den Namen[2]) „soziale Hygiene". Irrungen und Wirrungen konnten bei diesen Arbeiten in der ersten Zeit nicht ausbleiben, zumal den Sozialhygienikern „kein Augustisch Alter blühte und keines Medizeers Güte lächelte". Über das Tätigkeitsgebiet waren sich die Sozialhygieniker im allgemeinen einig; aber bei Bezeichnungen und Begriffsbestimmungen, die nicht immer klar waren, zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den Führern.

Unter den zahlreichen älteren Definitionen des Begriffes „soziale Hygiene" fanden nur diejenigen von Grotjahn (1904), A. Elster (1909) und A. Fischer (1913) größere Beachtung. Jedoch auch diese drei Deutungen, von denen jede ihre Vorzüge zu haben schien, waren nur gemäß den ersten Entwicklungsverhältnissen der sozialen Hygiene gestaltet, so daß die Vertreter der Hygiene an den Universitäten namentlich gegenüber der Grotjahnschen Definition die Forderung hinsichtlich der Selbständigkeit der „sogenannten" sozialen Hygiene ablehnten. Im Jahre 1918 suchte nun A. Fischer[3]) noch einmal eingehend die grundlegenden Begriffe zu klären und kam zu folgenden Leitsätzen:

[1]) „Über Hygiene und ihre Stellung an den Hochschulen", Populäre Vorträge, herausgegeben von M. v. Pettenkofer, Braunschweig 1876.

[2]) In Frankreich und in Italien bezeichnet man seit langer Zeit das ganze Gebiet der öffentlichen Hygiene als soziale Hygiene.

[3]) Daß ich mit meiner Einteilungsart der öffentlichen Hygiene auf den richtigen Weg gelangt bin, erkannte ich nachträglich auch daran, daß andere vor und nach mir ebenfalls zu dieser Gliederungsweise gekommen sind. So heißt es z. B. bei S. Neumann („Die öffentliche Gesundheitspflege

Das Gesamtgebiet der Hygiene gliedert sich in individuelle und öffentliche Hygiene. Letztere besteht aus zwei Teilen. Die physische Hygiene ist der Teil der öffentlichen Hygiene, der sich mit den Einflüssen der natürlichen Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse befaßt. Die soziale Hygiene ist der Teil der öffentlichen Hygiene, der sich mit den Einflüssen der sozialen (kulturellen) Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse beschäftigt.

Zu dieser meiner neuen Begriffsdeutung ist jedoch noch einiges zu bemerken. Zunächst sei darauf hingewiesen, daß meine Definition den Anforderungen für einen nutzenbringenden Gebrauch entspricht, indem sie alle vorliegenden Tatsachen umfaßt und zugleich heuristisch ist, da man, von ihr ausgehend, zu weiteren ertragreichen Fragestellungen gelangt; denn nach meiner Begriffsdeutung ist man, was im Interesse der Wissenschaft und Praxis liegt, gezwungen, bei jedem Teilgebiet der öffentlichen Hygiene sowohl nach den natürlichen wie nach den sozialen (kulturellen) Einflüssen zu forschen.

Als nicht ganz folgerichtig wird es aber erscheinen, daß wir das Gebiet, welches sich mit den kulturellen Einflüssen auf die hygienischen Zustände befaßt, soziale statt kulturelle Hygiene nennen. Allein, der Name „soziale Hygiene" ist jetzt so weit verbreitet, daß zurzeit eine neue Bezeichnung nicht zweckdienlich wäre. Dazu kommt, daß die sozialen und wirtschaftlichen Einflüsse unter den kulturellen Einwirkungen gegenwärtig eine überragende Rolle im Gesundheitswesen spielen und auch seit längerer Zeit erforscht werden, so daß man zunächst ruhig den bisherigen Namen weiterverwenden darf. Ich bin freilich überzeugt, daß man, wenn die Zusammenhänge der Hygiene mit der Kultur eingehender dargelegt sein werden, im Gegensatz zur physischen von einer kulturellen Hygiene sprechen wird.

Unzweifelhaft ist mir, daß man bei der Gliederung der öffentlichen Hygiene die Namen weder danach wählen darf, wer die hygienischen Maßnahmen trifft, noch danach, für wen sie geschaffen werden. In früheren Zeiten (Ed. Reich, L. v. Stein, Pettenkofer u. a.) wurde der Name „soziale Hygiene" für gesundheitliche Einrichtungen des Staates oder der Gesellschaft benutzt, während die späteren Sozialhygieniker (Gottstein, Grotjahn u. a.) bei dieser Bezeichnung an hygienische Mittel für sozial einheitliche Bevölkerungsschichten dachten; im ersteren Falle bezog sich der Zusatz „sozial" auf ein Subjekt, im letzteren Falle auf ein Objekt. Aber beide Bezeichnungsarten haben sich für die Gliederung der Hygiene als unbrauchbar erwiesen; sachlich begründet und zweckdienlich ist lediglich die Einteilung nach der Art der Einflüsse, welche auf die Gesundheitszustände einwirken.

Gegenüber der physischen Hygiene, die man bisher zumeist chemisch-physikalisch-biologische, allgemeine, experimentelle, akademische usw. Hygiene genannt hat, ist die soziale Hygiene oben bereits hinreichend gekennzeichnet worden. Immerhin sei noch einmal ausdrücklich betont, daß die beiden Teile der öffentlichen Hygiene sich weder durch die soziologische Betrachtungsweise noch durch die experimentelle Forschungsmethode noch durch die Einreihung als akademisches Lehrfach unterscheiden (was früher irrtümlicherweise oft angeführt wurde); lediglich die Fragestellung nach der Art der Einflüsse auf die Gesundheitszustände ist, wie gesagt, das Trennungsmerkmal.

---

und das Eigenthum", Berlin 1847), daß „der Staat nicht bloß die natürlichen Gefahren, sondern ebensosehr diejenigen, welche aus dem Gesellschaftsleben der Menschen für Leben und Gesundheit entstehen, zu bekämpfen und womöglich zu vernichten verpflichtet ist", und ferner in dem „Bericht des Großherzoglichen Obermedizinalraths" (Karlsruhe 1871): „Die Gesundheit ist die erste Bedingung der Entwicklung jedes einzelnen und damit der Gesellschaft. Allein nicht nur aus der den Menschen umgebenden Natur, sondern auch aus dem eigenen Leben der menschlichen Gemeinschaft entspringen für die einzelnen fortwährend Gefahren, welchen diese durch eigene Kraft sich nicht zu entziehen vermögen." Flügge äußerte sich, in Anlehnung an Pettenkofer, in seinem „Grundriß der Hygiene" (9. Auflage, Berlin 1921): „Eine ungezwungene Einteilung des Inhalts der Hygiene ist durch die Fülle und Ungleichartigkeit des Materials einigermaßen erschwert. Zweckmäßig werden zwei größere Abteilungen dadurch hergestellt, daß zunächst die allgemeinen, überall in Betracht kommenden Einflüsse der natürlichen Umgebung besprochen werden; diesen gegenüber sind zweitens die speziellen Einflüsse der künstlich durch Eingreifen des Menschen modifizierten Umgebung zu erörtern. Es würde jedoch das Verständnis nur erschweren, wollte man diese Gruppierung in rigoroser Weise durchführen." Grotjahn betonte in „Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene" (Karlsruhe 1923): „Vielmehr ist daran festzuhalten, daß das eigentliche Wesen der sozialen Hygiene darin besteht, alle Dinge des öffentlichen Lebens und der sozialen Umwelt im Hinblick auf ihren Einfluß auf die körperlichen Zustände zu betrachten . . ."

Es bleibt nun noch übrig, das Verhältnis der sozialen Hygiene zu einigen anderen Gebieten darzulegen. Zunächst seien die Beziehungen zur sozialen Medizin erörtert. Da ist nun folgendes vorauszuschicken: Das Gebiet, das sich mit den Einflüssen der sozialen Umwelt auf die Entstehung und den Verlauf von Krankheiten befaßt, nennt man soziale Pathologie; das Gebiet, das sich lediglich mit der Verhütung von Krankheiten durch soziale Maßnahmen befaßt, nennt man soziale Prophylaxe; das Gebiet, welches sich mit der Beseitigung (und der dazugehörigen Feststellung) von Krankheiten durch soziale Maßnahmen beschäftigt, nennt man soziale Therapie oder soziale Medizin. Bis vor kurzer Zeit haben einige führende Forscher diese drei Teile unter dem Namen „soziale Medizin" zusammengefaßt, während sie unter „sozialer Hygiene" nur die rein prophylaktischen Maßnahmen verstanden haben. Jetzt aber wird allgemein, auch von diesen Forschern, der Begriff „soziale Hygiene" in dem weiteren Sinn verwendet. In der Tat gehört die soziale Medizin — man denke z. B. nur an das vorbeugende Heilverfahren, das die Landesversicherungsanstalten gewähren — gedanklich zur sozialen Hygiene.

In den letzten Jahren werden häufig gewisse Maßnahmen der sozialen Prophylaxe und Therapie als „Gesundheitsfürsorge" bezeichnet. Dies Wort hat zwar den Vorzug, deutsch zu sein, und bürgerte sich daher rasch in weitesten Kreisen ein; es kann aber leicht zu Irrtümern Anlaß geben. Denn es wird oft mit „sozialer Hygiene" gleichgesetzt, obwohl diese in gewisser Hinsicht ein viel umfassenderes Gebiet, als die praktischen Maßnahmen, die man als Gesundheitsfürsorge bezeichnet, darstellt; andererseits beschränkt man sich jetzt bei dem Namen „Gesundheitsfürsorge" gewöhnlich auf sozialfürsorgerische Mittel zur Beseitigung von gesundheitlichen Mißständen, während z. B. die gesundheitstechnischen und -polizeilichen Einrichtungen doch unzweifelhaft auch Teile der öffentlichen Gesundheitsfürsorge sind.

Das Verhältnis der sozialen Hygiene zur Rassehygiene ergibt sich unschwer aus den obigen Ausführungen. Doch sind hier noch einige ergänzende Bemerkungen notwendig. Wie erwähnt, hat sich die Hygiene auch mit den vererbbaren Eigenschaften der Menschen zu befassen. Man hat hierbei, je nachdem sich die Probleme auf Einzelpersonen oder auf breite Volksschichten beziehen, zwischen individueller und öffentlicher Hygiene zu unterscheiden, und bei der letzteren sind dann wieder sowohl physische wie kulturelle Einflüsse zu trennen. Da die Rassehygiene durch eine eigene, überaus wichtige und tiefgreifende Fragestellung gekennzeichnet ist, — sie beschäftigt sich mit dem Erbbild (Genotypus) im Gegensatz zu dem Erscheinungsbild (Phänotypus) — so ist ihr Anspruch, eine selbständige Wissenschaft zu sein, durchaus berechtigt. Da aber andererseits die praktische Bedeutung der Rassehygiene bisher noch gering ist, empfiehlt es sich, ihre einzelnen Teile in die jeweiligen obengenannten Gebiete der Hygiene einzureihen; soweit es sich mithin bei den rassehygienischen Problemen um Einflüsse der sozialen Umwelt handelt, gehören sie zur sozialen Hygiene. (Wir kommen auf diese Fragen in dem Abschnitt „Fortpflanzung" zurück.)

Des weiteren ist darauf hinzuweisen, daß man sich vor einer Verwechslung der Bezeichnung „Volkshygiene" (bezw. Volksgesundheitspflege) mit „sozialer Hygiene" hüten muß. Unter „Volkshygiene" versteht man keinen besonderen Zweig der Hygiene, sondern nur eine volkstümliche Darstellung geeigneter Teile aus allen Gebieten der Gesundheitswissenschaft, in der Art, wie man Volkshochschulen, Volkskonzerte usw. geschaffen hat.

Schließlich ist zu bemerken, daß man einzelne Abschnitte der Hygiene praktischen Bedürfnissen entsprechend ausgewählt und jeweils mit geeigneten Namen versehen hat. So entstanden

die Bezeichnungen Kommunal-, Schul-, Militär-, Verwaltungs- usw. Hygiene. Hier handelt es sich aber nicht um Gebiete mit besonderen wissenschaftlichen Fragestellungen. Diese Gebilde setzen sich gleichzeitig aus Teilen der physischen und Teilen der sozialen Hygiene zusammen.

* * *

Der Begriff „soziale Hygiene" wird noch klarer erfaßt, wenn man den Aufgabenkreis dieses Zweiges der Hygiene betrachtet. Es wurde schon betont, daß die Hygiene sowohl eine Wissenschaft wie ein Gebiet praktischer Betätigung ist. Hier muß noch hinzugefügt werden, daß die Hygiene als Wissenschaft nicht in einem Maße wie etwa abstrakte Disziplinen (Mathematik, Astronomie), die schon um ihrer selbst willen gepflegt werden, voraussetzungslos sein kann, daß sie vielmehr von vornherein zu einem praktischen, dem Volke möglichst in absehbarer Zeit nutzenbringenden Zwecke geschaffen wurde. Die Hygiene stellt daher zugleich einen Teil der Politik dar — allerdings einer von jedem Parteivorurteil befreiten, auf wissenschaftlicher Erkenntnis aufgebauten Politik —, für den man den Namen Gesundheitspolitik geprägt hat.

Von einer planmäßigen Gesundheitspolitik, soweit sie sich auf sozialhygienische Fragen erstreckt, war bisher wenig zu bemerken. Will man von dem bisherigen Zustand des aphoristischen Arbeitens zu dem einer systematischen Tätigkeit gelangen, so müssen die Hygieniker mehr als bisher Politiker, und die Politiker mehr als bisher Hygieniker werden. Zu diesem Zwecke ist vor allem ein klares Ziel der Gesundheitspolitik zu kennzeichnen. Hierbei gilt es, wie auch sonst in der Politik, das zurzeit Mögliche zu erstreben.

Daß die Probleme auf dem Gebiete des Gesundheitswesens je nach den Zeitumständen wechseln, ist schon oben erwähnt worden. Welches Ziel hat nun gegenwärtig die soziale Hygiene zu verfolgen? Hier ist an L. v. Stein[1]) anzuknüpfen, der sich 1888 folgendermaßen äußerte: „Die Sorge der Gemeinschaft für die Bedingungen der Erhaltung der Gesundheit sowie für die Heilung der Krankheiten darf nicht mehr von dem Besitz eines Kapitals abhängig sein." Für weite Kreise des deutschen Volkes ist diese Forderung bereits in gewissem Umfange durch die soziale Gesetzgebung verwirklicht. Aber für große Volksschichten ist noch nicht einmal im Falle der Erkrankung gesorgt, noch viel weniger sind die Mittellosen vor der Gefahr, ihre Gesundheit schon in der Kindheit und besonders später bei der Erwerbsarbeit zu verlieren, hinreichend geschützt. Daher hat A. Fischer[2]) erstmalig 1915 verlangt, daß dem deutschen Volke nach dem Weltkriege ein neues Recht

[1]) L. v. Stein: „Handbuch der Verwaltungslehre" 2. Teil, Stuttgart 1888.

[2]) Verhandlungen der 8. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt Heft 12 der Neuen Folge, Berlin 1916. Siehe auch „Die soziale Hygiene in Vergangenheit und Zukunft", Öffentl. Gesundheitspflege 1916 S. 625 ff. — Gedanken und Bezeichnungen, die dem Wort „Recht auf Gesundheit" sehr ähneln, findet man bereits bei den Gesundheitspolitikern um das Jahr 1848, so bei S. Neumann und R. Virchow (siehe S. 35 u. 36). Aber auch den Ausdruck „Recht auf Gesundheit" trifft man schon in dem Aufsatz „Über die künftige Einrichtung des Gesundheitswesens in Baden" Teil 3 der „Karlsruher Zeitung" vom 4. Februar 1849, allerdings in einem ganz anderen Zusammenhang. Beachtenswert sind folgende Darlegungen von Oesterlen im „Handb. d. Hygieine" (3. Aufl. 1876 S. 887): „Die Hygieine muß für die Gesundheit jener Klassen fordern, daß ihnen die Möglichkeit gegeben sei, solche zu erhalten. Gegen dieses Recht eines jeden auf sein Leben kann nicht wohl ein anderes Recht gelten, und Sache der Gesetzgebung, aller öffentlichen Einrichtungen müßte es insofern sein, obiges nach Kräften zu ermöglichen, nicht aber fort und fort die zahlreichsten und nützlichsten Klassen den Interessen oder der Selbstsucht anderer schematisch zu opfern." Man begegnete nach der Revolution von 1918 dem Ausdruck „Recht auf Gesundheit" öfter, so z. B. in einem Aufsatz von H. Reiter in der „Deutsch. med. Wochenschrift" 1919 Nr. 23 sowie in der Schrift „Das Recht auf Gesundheit und die Pflicht, sie zu erhalten" von E. Abderhalden, Leipzig 1921. Siehe auch S. 211 u. 246 betr. Art. 119 u. 120 der Reichsverfassung.

verliehen werden soll, nicht nur das Recht auf Existenz, das wir schon jetzt als eine Selbstverständlichkeit erachten, sondern das Recht auf Gesundheit. Für dieses Recht auf Gesundheit die wissenschaftlichen Unterlagen zu beschaffen, ist die wichtigste Aufgabe der sozialen Hygiene als Lehre; die wichtigste gesundheitspolitische Aufgabe der sozialen Hygiene besteht darin, dies Recht durch die Gesetzgebung und Verwaltung festzulegen und zu verwirklichen.

Auch hinsichtlich der Möglichkeit, die jeweiligen gesundheitspolitischen Aufgaben erfüllt zu sehen, unterscheidet sich die kulturelle von der physischen Hygiene. Denn die Einflüsse der natürlichen Umwelt (insbesondere der geographischen Lage, der Witterung, der Bodenverhältnisse) sind zum Teil unabänderlich und stellen oft dem festesten Willen der Menschen einen unüberwindbaren Widerstand entgegen. Die kulturellen Zustände aber können an sich stets den gesundheitlichen Ansprüchen angepaßt werden, wenngleich auch hier sich häufig die größten Schwierigkeiten geltend machen. Wo es sich jedoch nicht um Naturgesetze und -gewalten, sondern um den Willen von Menschen, der durch sittliche Kräfte gelenkt werden kann, handelt, da heißt es oft nur, die Gewissen schärfen, und das Ziel wird erreicht sein.

Aber es wäre ein verhängnisvoller Fehler, wollte man meinen, daß das Ziel der sozialen Hygiene lediglich in der Sorge für die Minderbemittelten und in der Verabschiedung entsprechender Gesetze besteht. Quid leges sine moribus? lautet ein Spruch, den F. A. Mai[1]) zitiert, obwohl er selbst im Jahre 1802 den Entwurf einer umfassenden Hygienegesetzgebung veröffentlicht hat. Tatsächlich nützen Gesetze allein nichts, wenn die Moral im Volke gesunken ist; dies haben wir im Weltkriege hinreichend kennengelernt. Wir finden überdies auch in den Reihen der Wohlhabenden, die im allgemeinen schon besitzen, was das Recht auf Gesundheit bieten soll, vielfach schwere gesundheitliche Mißstände. Zutreffend schreibt Klug[2]):

„Reichtum kann die Pforten von Paradiesen erschließen, die sich als Irrgärten erweisen, Reichtum kann genußsüchtig machen und die Scholle, diesen urewigen Wurzelboden aller Volkskraft, entvölkern. Reichtum kann in den Städten der Menschen Babylons Rauschtempel und Sodoms und Gomorrhas entnervende Verirrungen wieder aufleben lassen und den starken Söhnen der Dörfer, der Wälder, der Heide und der See das Mark aus den Knochen saugen und sie vergiftet wieder heimsenden oder für immer verschlingen."

Wahrlich, gerade der Reichtum verleitet zu Exzessen in baccho et venere und führt so zu schweren Gesundheitsschädigungen. Hieraus folgt, daß die soziale Hygiene sich keineswegs auf die Fürsorge für die Armen, wie manche Hygieniker im Gegensatz zu den von Ascher 1903 veröffentlichten Darlegungen noch jetzt behaupten, beschränken darf, und daß man es als einen schweren Fehlgriff bezeichnen muß, wenn Rubner 1905 schrieb: „Eine Hygiene für die oberen Zehntausend kenne ich nicht."

Zugleich aber nehmen wir jetzt mit aller Deutlichkeit wahr, daß es im Gegensatz zur physischen Hygiene eine kulturelle Hygiene geben muß, d. h. eine Hygiene, die sich nicht nur mit den sozialen, sondern mit allen kulturellen Einflüssen, insbesondere auch mit denen der Weltanschauung und Ethik, befaßt. Und oft wird der Ausspruch von

---

[1]) F. A. Mai: „Sendschreiben an die auf der hohen Schule zu Heidelberg studierende Jugend", Beilage II in dem Almanach der Universität Heidelberg auf das Jahr 1813, herausgegeben von J. Lampadius. (Siehe auch unten S. 33.)

[2]) Klug: „Lebensbeherrschung und Lebensdienst" Bd. III, Paderborn 1920.

Walter zutreffen: „Es braucht religiöse[1]) Kräfte, um die ärgsten Feinde der Volksgesundheit zu überwinden." Wenn wir soeben das Recht auf Gesundheit als Ziel der sozialen Hygiene gefordert haben, so muß jetzt nicht weniger nachdrücklich verlangt werden, daß das Volk in allen seinen Teilen schon in der Jugend über die Pflicht, gesundheitsgemäß zu leben, belehrt und mit allen verfügbaren Mitteln zu einer hygienischen Lebensführung erzogen wird. Gesundheitsrecht und Gesundheitspflicht gehören zusammen.

Das Wort Rousseaus „L'hygiène est moins une science qu'une vertue" wollen wir in den Satz „Die Hygiene ist eine Wissenschaft und eine Tugend, die man pflegen muß" umwandeln. Mit Recht ist auf den bei Gebildeten und Ungebildeten bestehenden Aberglauben, daß man Gesundheit auf Flaschen gezogen in der Apotheke kaufen könne, hingewiesen worden. Gesundheit gehört zu den Gütern, die man, wenn man sie ererbt hat, erwerben muß, um sie zu besitzen. Dies gilt wie für den einzelnen so für große Volksschichten. E. Reich beginnt sein „System der Hygieine" (1870) mit folgenden Sätzen: „Das Menschengeschlecht wäre immer gesund und glücklich gewesen, hätte es richtig begriffen, daß Gesundheit und Glückseligkeit errungen werden müssen im Kampfe mit den physischen und moralischen Mächten der Welt, daß sie verdient werden müssen im Schweiße der Arbeit und in edlem Aufschwung des Herzens." Wahrlich, selbst das Recht auf Gesundheit allein würde keinen hinreichenden Erfolg zeitigen, wenn nicht die hygienische Erziehung und die Selbsthilfe in allen Volkskreisen hinzukämen. Eine zielbewußte Gesundheitspolitik muß eine umfassende Gesundheitsgesetzgebung und zugleich die hygienische Volkserziehung anstreben. Nur so gelangen wir zu einer befriedigenden Gesundheitswirtschaft[2]), zu einer richtig gestalteten Menschenökonomie[3]).

* * *

Wir sehen mithin, daß der Teil der öffentlichen Hygiene, den wir im Gegensatz zur physischen Hygiene soziale (kulturelle) Hygiene nennen, ein gewaltiges Gebiet der Wissenschaft und praktischen Betätigung schon heute darstellt; es ist kaum mehr von einem einzelnen völlig zu überblicken und wird unzweifelhaft in Zukunft noch bedeutend an Umfang und Tiefe gewinnen. Eine Trennung der physischen von der sozialen Hygiene bei der Forschung und Ausbildung sowie in den Zentralverwaltungen insbesondere der Staaten ist daher dringend notwendig. Hiermit ist nicht gemeint, daß der Vertreter des einen hygienischen Faches dem anderen Teil ohne Interesse gegenüberstehen darf; jeder Hygieniker

[1]) Hierbei braucht man nicht an eine bestimmte konfessionelle Bindung zu denken. Aber in dem Glauben: „Gott will, daß allen Menschen geholfen werde" (1. Timoth. 2, 4) werden sich gewiß alle, die sich in den Dienst der Volksgesundheit stellen, ohne Unterschied des religiösen Bekenntnisses oder der politischen Stellungnahme, zusammenfinden. — Erwähnt sei noch, wie sich Pettenkofer (siehe die Fußnote 4 auf S. 1) hierzu geäußert hat; er schrieb: „Der puritanische Zug, welcher durch die englische Nation geht, hat sicher auch etwas zur Stärkung der Volksgesundheit beigetragen. Konnte doch auf dem letzten Kongreß für Sozialwissenschaft, welcher im vorigen Jahre zu Plymouth gehalten wurde, der Präsident der Abteilung für öffentliche Gesundheit, Professor Dr. Acland in Oxford, in der Einleitung zu seiner Rede, die er über Gesundheit hielt, unbeanstandet aussprechen, daß der persönliche Gesundheitskodex in zwei Worten zusammengefaßt werden könne, in den Worten Reinlichkeit und Gottesfurcht (Cleanliness and Godliness). Reinlichkeit und Sittlichkeit in allen Beziehungen soll auch unser Wahlspruch sein."

[2]) Diese Bezeichnung stammt von Pettenkofer (1882).

[3]) Rudolf Goldscheid: a) „Höherentwicklung und Menschenökonomie", Leipzig 1911; b) „Menschenökonomie als neuer Zweig der Wirtschaftswissenschaft", Allg. Stat. Arch. 1914 Bd. 8 Heft 3 und 4.

wird die Ergebnisse des ganzen Gebietes zu beachten haben. Aber es gilt hier, getrennt zu forschen und mit vereinten Kräften für die Volksgesundheit zu wirken. Doch ist ausdrücklich zu betonen, daß man in kleineren Verwaltungsbezirken die Aufgaben der physischen und der sozialen Hygiene aus mannigfachen, insbesondere aus geldlichen Gründen in eine Hand legen muß. Es soll auch keineswegs verschwiegen werden, daß es bei manchen Problemen der öffentlichen Hygiene schwierig ist, zu entscheiden, ob sie in das Gebiet der sozialen oder der physischen Hygiene gehören. Es gibt hier allerdings Grenzfälle und Übergänge, wie auch bei anderen Zweigen der medizinischen Wissenschaft, z. B. bei Anatomie und Physiologie oder bei Chirurgie und innerer Medizin. Aber im allgemeinen unterscheiden sich die Aufgaben der physischen Hygiene von denen der sozialen Hygiene etwa wie die Probleme der Naturwissenschaften von den Fragen der Geisteswissenschaften. Im Hinblick auf die Art, den Umfang und die Bedeutung der sozialen (kulturellen) Hygiene kann der Anspruch auf Selbständigkeit dieses Gebietes nicht mehr ernsthaft bestritten werden.

Literatur: *1.* **Ascher:** *a) „Was ist soziale Hygiene und wie soll sie getrieben werden?" Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1902 Bd. 41; b) „Soziale Medizin und soziale Hygiene", Enzyklopäd. Jahrb. d. gesamt. Heilk. Neue Folge 1903 Bd. 2; c) „Beiträge zur sozialen Hygiene", Berl. Klin. Wochenschr. 1907 Nr. 14; d) „Vorlesungen über ausgewählte Kapitel der sozialen Hygiene", Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverwalt. 1921 Bd. XII Heft 8. — 2.* **Burkard:** *„Aufgaben und Ziele sozialer Medizin", Wien. Klin. Wochenschr. 1908 Nr. 35. — 3.* **A. Elster:** *a) „Zur Abgrenzung des Gebietes der sozialen Hygiene", Soz. Med. u. Hyg. 1909 Bd. 4; b) „Zur Systematik der sozialen Hygiene", Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1914 Heft 2; c) „Sozialbiologie", Bd. 8 d. Handb. d. Wirtsch.- u Sozialwissensch., Berlin 1913. — 4.* **A. Fischer:** *a) „Die Begriffe ‚Soziale Hygiene' und ‚Soziale Medizin', Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 35; b) „Die gesundheitspolitischen Aufgaben nach dem Kriege", Arch. f. Soz. Hyg. u. Demogr. 1916 Bd. XI Heft 2; c) „Neue Fragestellungen auf dem Gebiete der Hygiene", Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. 1918 Bd. VIII Heft 2; d) „Hygiene, öffentliche", Art. im Handw. d. Staatsw. 4. Aufl. Bd. V 1922; e) „Der Aufstieg der sozialen Hygiene", Sozialhyg Mitteil. 1922 Heft 1. — 5.* **Gottstein:** *a) „Die Soziale Hygiene, ihre Methoden, Aufgaben und Ziele", Zeitschr. f. Soz. Med. 1907 Bd. 2 Heft 1 und 2; b) „Einführung in das Studium der sozialen Medizin", Abh. in „Die deutsch. Klin. am Eingange des 20. Jahrh." 1913 Bd. XIV Ergänzungsbd. III; c) „Der Unterricht der Ärzte in der sozialen Medizin und sozialen Hygiene", Öffentl. Gesundheitspfl. 1917 Heft 9. — 6.* **Grotjahn:** *a) Vorwort im Jahresbericht ü. d. Fortschr. u. Leistung. a. d. Geb. d. Soz. Hyg. u. Demogr. 1904 Bd. 3; b) „Soziale Hygiene (Definition)", Art. im Handw. d. Soz. Hyg., Leipzig 1912, Bd. II; c) „Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene", 2. Aufl., Sozialhyg Abhandl. Nr. 3, Karlsruhe 1922; d) „Soziale Pathologie", 3. Aufl., Berlin 1923. — 7.* **Hatziwassiliu:** *„Bevölkerungsproblem und Soziale Hygiene", Deutsche med. Wochenschr. 1920 Nr. 7. — 8.* **Kürz:** *„Soziale Hygiene", Aufsätze in der Mediz. Klinik 1906 und 1907. — 9.* **Pettenkofer:** *Einleitung zum Handb. d. Hyg. u. d. Gewerbekrankh., Leipzig 1882. — 10.* **Prausnitz:** *„Grundzüge der Hygiene", 12. Aufl., München 1923. — 11.* **E. Reich:** *„System der Hygiene", Leipzig 1870. — 12.* **Rubner:** *„Rede, gehalten zur Eröffnung des neuen Hygienischen Instituts zu Berlin", Berl. Klin. Wochenschr. 1905 Nr. 19 und 20. — 13.* **Selter:** *„Hygiene und Sozialhygiene", Deutsch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 41; im Anschluß hieran Hanauer, D. m. W. 1919 Nr. 51, sowie Reiter, D. m. W. 1920 Nr. 9. — 14.* **L. v. Stein:** *„Das Gesundheitswesen", Stuttgart 1882. — 15.* **Teleky:** *a) „Die Aufgaben und Ziele der sozialen Medizin", Wiener Arbeiten a. d. Geb. d. soz. Med., Wien 1910; b) „Vorlesungen über soziale Medizin" I, Jena 1914. — 16.* **Fr. Walter:** *„Die Sozialhygiene in ihrem Verhältnis zur Weltanschauung und Ethik", Sozialhyg. Abhandl. Nr. 5, Karlsruhe 1921. — 17.* **Th. Weyl:** *„Soziale Hygiene", Handb. d. Hyg. 4. Suppl.-Bd., Jena 1904.*

2. Arbeitsmethoden und Arbeitsstätten der sozialen Hygiene.

Die soziale Hygiene unterscheidet sich von der physischen nicht nur durch die Fragestellung, sondern auch durch die Arbeitsweise. Es gibt Methoden, die von der sozialen, aber nicht von der physischen Hygiene benutzt werden, und umgekehrt. Einige Forschungsmethoden sind freilich beiden Zweigen der Hygiene gemeinsam; unter diesen werden

manche von der physischen Hygiene so viel verwendet wie von der sozialen, manche dagegen spielen bei dem einen Teil eine so überragende, bei dem anderen Teil eine so untergeordnete Rolle, daß das Quantitätsmerkmal zum Qualitätsmerkmal wird.

Die humane Hygiene befaßt sich mit der Gesunderhaltung der Menschen. Sie hängt daher aufs engste mit der ärztlichen Wissenschaft zusammen. Denn, wer auf den Gesundheitszustand von Menschen einwirken will, muß die Lebensvorgänge des menschlichen Organismus, also Anatomie und Physiologie, gründlich kennen und mit den Krankheiten, die Körper und Geist bedrohen, vertraut sein. Hygieniker im vollen Sinne kann daher nur der Arzt sein. Aber auch Personen anderer Berufsarten, die sich mit den in ihr jeweiliges Fach fallenden hygienischen Fragen befassen, können, wie die Erfahrung gezeigt hat, wertvolle, ja unentbehrliche Hilfsarbeiten für die Gesundheitswissenschaft liefern; besonders das Zusammenwirken von Ärzten mit anderen hygienisch interessierten Kräften hat sich seit vielen Jahrzehnten bestens bewährt, und ein weiterer Ausbau solcher Gemeinschaftsarbeit ist dringend erforderlich. Die Führung muß hierbei jedoch im allgemeinen dem Arzt, der das Gesamtgebiet der Medizin überblickt und die in dieser Wissenschaft benutzten Methoden zu gebrauchen weiß, zufallen. Dies gilt für die physische Hygiene wie für die soziale.

Aber der Unterschied zwischen den Arbeitsweisen, welche der jeweilige Teil der öffentlichen Hygiene anwenden muß, tritt zutage, sobald die Umwelteinflüsse, die auf die Gesundheit der Menschen einwirken, erforscht werden. Denn dort, wo es sich um das Studium der physischen Umwelt handelt, werden vorzugsweise die Methoden der Naturwissenschaften benutzt, während bei Erforschung der sozialen (kulturellen) Umwelt hauptsächlich die Mittel der Geisteswissenschaften in Gebrauch sind.

Unter den kulturellen Umwelteinflüssen sind zurzeit die sozialen Einwirkungen am bedeutungsvollsten für das Gesundheitswesen. Daher muß der Sozialhygieniker vor allem die sozialen Zustände kennenlernen. Hier genügen gewöhnlich eigene Beobachtungen und Erfahrungen nicht; notwendig ist vielmehr, daß der Sozialhygieniker sich auch mit Hilfe der Veröffentlichungen, die über die Bevölkerungsbewegung, Gliederung der Bevölkerung nach sozialen Gruppen, Arbeitsverhältnisse und Lebenshaltung, Zustände im Nahrungs- und Wohnungswesen u. a. m. unterrichten, ein Bild von der sozialen Lage der breiten Volksschichten verschafft. Der Sozialhygieniker bedient sich hierbei der Methode, die zur Feststellung der Eigenschaften von großen Menschenmassen erforderlich ist; dies ist die Statistik, worunter man zahlenmäßige Angaben, die nach wohlüberlegten Grundsätzen in Ziffernreihen übersichtlich zusammengefaßt sind, versteht.

a) Gesundheitsstatistik.

Wie hoch die Statistik von Napoleon I. geschätzt wurde, geht aus seinem Wort: „La statistique est le budget des choses et sans budget point de salut" hervor. Mit Recht hat auch der ehemalige Präsident des Kaiserl. Statistischen Amtes van der Borght[1]) im Jahre 1892 bei Erörterung der deutschen Arbeiterversicherung betont, daß eine zuverlässige und umfangreiche Statistik dieser sozialen Fürsorgemaßnahmen eine Tat von hoher Bedeutung und die notwendige Ergänzung der Gesetzgebung ist. Dennoch hat

[1]) van der Borght: „Die Statistik der deutschen Arbeiterversicherung", Allg. Statist. Archiv 2. Jahrg. 1891/92.

man lange Zeit gerade in den Kreisen der Ärzte und Hygieniker mit Geringschätzung von der Statistik, dieser „jedem willfährigen Dirne", dieser „mensonge en chiffre", gesprochen. Allerdings waren die meisten aus Kliniken stammenden Statistiken wenig brauchbar. Auch die Vertreter der physischen Hygiene widmeten statistischen Arbeiten selten ihre Aufmerksamkeit. Die Sozialhygieniker dagegen wiesen mit immer größerem Nachdruck auf die Unentbehrlichkeit zuverlässiger Zahlenangaben hin. Seitdem Rubner[1]) dann im Jahre 1911 geäußert hat, daß die Hygieniker jetzt nicht mehr ohne Statistik leben können, wird ihre hohe Bedeutung für die Gesundheitspflege allgemein anerkannt. Und wenn Goethe bemerkt hat: „Man hat behauptet, die Welt werde durch Zahlen regiert; das aber weiß ich, daß die Zahlen uns belehren, ob sie gut oder schlecht regiert werde", so sind wir uns heute darüber klar, daß wir uns auf die Statistik stützen müssen, wenn wir beurteilen wollen, ob unser Gesundheitswesen richtig oder falsch geleitet wird.

Freilich muß man beim Gebrauch der Statistik die größte Vorsicht walten lassen. Der Hinweis von Silbergleit: „Politik verdirbt die Statistik" ist wohl zu beachten. Denn Erzeuger und Verbraucher der Statistik müssen ohne Vorurteil die Ziffern handhaben. Um Fehler zu vermeiden, sind bei der Statistik, wie bei jeder Methode, bestimmte Grundsätze genau zu beachten; dies gilt für die statistische Erhebung wie für die Verarbeitung und Verwendung des Zahlenstoffes. Richtige und nutzenbringende Schlüsse wird aus den Ziffernreihen nur derjenige ziehen, der das Gebiet, aus welchem der Zahlenstoff stammt, genau kennt.

Bei der Herstellung von Statistiken ist vor allem zu fordern, daß dem „Gesetz der großen Zahlen" und dem „Gesetz des langen Zeitraumes" entsprochen wird; denn wenn die Ziffern zu gering oder der Zeitraum, auf den sie sich beziehen, zu klein sind, so können irreführende Zufallserscheinungen sich ergeben.

Der amtliche Zahlenstoff ist heutzutage wohl stets zuverlässig gewonnen und gewissenhaft verarbeitet; er genügt auch gewöhnlich den eben genannten Gesetzen. Solche amtlichen Veröffentlichungen werden jedem Fachmann, der auch Zahlenreihen zu lesen gelernt hat, wertvolle Aufschlüsse bieten.

Aber nicht alle wichtigen Fragen können von der amtlichen Statistik bearbeitet werden. Schon oft haben daher private Forscher in dankenswerter Weise sich entschlossen, die vorhandenen sehr bedauerlichen Lücken auszufüllen. Obwohl diese privaten Arbeiten sich zumeist nur auf einen verhältnismäßig engen Umfang erstreckten, haben sie dennoch häufig den Wert der ersten Spatenstiche auf einem zuvor brachliegenden Acker gehabt, und oft sind dieser Pioniertätigkeit mit großen Mitteln durchgeführte amtliche Untersuchungen gefolgt. Die für solche statistischen Arbeiten erforderlichen technischen Kenntnisse kann man sich heutzutage unschwer aneignen, zumal es an besonderen Lehrbüchern, die hierzu anleiten, nicht mehr fehlt. Damit Anfänger sich von Versuchen nicht abschrecken lassen, sei bemerkt, daß, auch nach der Ansicht von Prinzing, der Sozialhygieniker in den meisten Fällen ohne höhere Mathematik auskommt.

Je nach dem Gegenstand, mit dem sich die Statistik befaßt, benennt man sie; so spricht man von Bevölkerungsstatistik, wenn es sich um die Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung, von Sozialstatistik, wenn es sich um soziale Zustände (Einkommen, Arbeitsverhältnisse, Nahrungswesen, Wohnungsverhältnisse usw.), von Medizinalstatistik, wenn es sich um Krankheiten handelt. Die Zusammenfassung von Bevölkerungs-, Sozial- und

[1]) Nach Angabe von Rösle.

Medizinalstatistik, soweit sie Beziehungen zum Gesundheitswesen haben, bildet im wesentlichen die Grundlage der Gesundheitsstatistik, mit deren sozialhygienischem Teil wir uns zu befassen haben.

Was der Würzburger Hygieniker A. Geigel[1]) unter Gesundheitsstatistik verstand, hat er bereits im Jahre 1874 dargelegt, indem er die für die Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse notwendigen statistischen Erhebungen nannte und hierbei schrieb:

„Steigen und Fallen der Marktpreise für die gewöhnlichen Bedürfnisse, Vermehrung und Verminderung der Produktion und Konsumtion, Ein- und Ausfuhr aller möglichen Erzeugnisse des Bodens und der Industrie können in der Tat nach Umständen für die Begünstigung oder das Zustandekommen öffentlicher Krankheiten so wichtig, ja so entscheidend sein, als Zu- und Abnahme des Proletariats oder Nationalreichtums, als Industrieausstellungen, Viehmärkte, mittlere Jahrestemperatur, Menge der meteorischen Niederschläge, herrschende Windrichtungen und tausend andere heterogene Dinge."

Die Hygieniker aus der Zeit der bakteriologischen Alleinherrschaft haben allerdings die auf solche Fragen ausgedehnten Statistiken wenig beachtet. Die Sozialhygieniker aber richteten ihr Interesse auf den größten Teil des Gebietes, das schon die alten Hygieniker Geigel, Oesterlen[2]), Pettenkofer[3]) mit dem Wort Gesundheitsstatistik (Biostatik) bezeichnet haben.

Vor dem Weltkriege sind statistische Veröffentlichungen[4]), die für die soziale Hygiene wichtige Angaben enthielten, in großer Zahl insbesondere von staatlichen und städtischen Ämtern in allen Kulturländern dargeboten worden; seit dem Weltkriege wurden jedoch namentlich in Deutschland diese Publikationen auf das äußerste eingeschränkt. Wir hoffen aber, daß uns in absehbarer Zeit, im Hinblick auf die hohe Bedeutung der Statistik für das gesamte Staatsleben, der Zahlenstoff wieder im früheren Umfange zur Verfügung gestellt werden wird, und daß dann die statistischen Ämter auch die seit Jahren von den Sozialhygienikern geäußerten Wünsche berücksichtigen können.

Die bedeutungsvollsten Vorschläge für den Ausbau der Gesundheitsstatistik seien hier angeführt:

Auf dem für die Fortpflanzungshygiene so wichtigen Gebiet der Bevölkerungsstatistik werden Angaben verlangt insbesondere über die Verteilung der Ehen mit einem, zwei, drei usw. Kindern, über die Gliederung der Geburten nach dem Lebensalter der Mutter und des Vaters sowie der Dauer der Ehe, über die Zahl der von der einzelnen Mutter geborenen Kinder, über die Verteilung der lebenden Kinder auf Ehefrauen, Witwen, uneheliche Mütter sowie auf weibliche Personen im gebärfähigen Alter, über die Gruppierung der Geburten nach der sozialen Lage des Vaters oder der unehelichen Mutter u. a. m. Vorgeschlagen wurde, für jedes neugeborene Kind einen Gesundheitsbogen[5]) anzulegen, in den alle wissenswerten Angaben über seine gesundheitliche Entwicklung eingetragen werden. Dazu sind systematische ärztliche Untersuchungen der Säuglinge, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendlichen erforderlich. Bei letzteren soll dadurch ein Ersatz für die bisherigen militärärztlichen Musterungen bei der Gestellung geschaffen werden. Überhaupt wird die planmäßige ärztliche Untersuchung anscheinend Gesunder für notwendig erachtet. Solche Maßnahmen

[1]) A. Geigel: „Öffentliche Gesundheitspflege", Abschnitt im Handb. d. öffentl. Gesundheitspflege u. d. Gewerbekrankheiten, Leipzig 1874.

[2]) Oesterlen: „Handbuch der medizinischen Statistik", Tübingen 1865.

[3]) Pettenkofer: „Über Hygiene und ihre Stellung an den Hochschulen", Populäre Vorträge 3. Heft, Braunschweig 1876.

[4]) Eine Übersicht über die wichtigsten amtlichen, vor dem Kriege erschienenen, regelmäßig dargebotenen in- und ausländischen Veröffentlichungen, die für die Gesundheitsstatistik in Betracht kommen, findet man in der 1. Auflage des „Grundriß" S. 13ff.

[5]) Tugendreich: a) „Die Gesundheitskarte", Berl. Klin. Wochenschr. 1908 Nr. 23; b) „Methodische Körperuntersuchungen als notwendige Grundlage für eine Gesundheitsstatistik", Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 1.

haben manche ausländischen Lebensversicherungsgesellschaften[1]) für ihre Versicherten und neuerdings auch die Gußstahlfabrik Fr. Krupp[2]) in Essen für ihre Arbeiter getroffen. Erforderlich ist aber, daß bei solchen Prüfungen die für Vergleiche verschiedener Gebiete notwendige Einheitlichkeit vorherrscht, was insbesondere gegenüber den Säuglingsfürsorgestellen und Schulbehörden zu betonen ist. Vielfach ist auch, gerade in der letzten Zeit, darauf hingewiesen worden, wie sehr die Krankenkassenstatistik[3]) der Verbesserung bedarf. Die Kassen könnten zunächst dadurch einen wertvollen Zahlenstoff bieten, daß sie brauchbare Angaben über die Zusammensetzung ihrer Mitglieder nicht nur nach dem Geschlecht, sondern auch nach Alter, Beruf, Wohnort veröffentlichen. Sodann sollten sie auch auf eine bessere Krankheitsursachenstatistik bedacht sein; hierbei dürfen sie sich naturgemäß nicht mit den Bezeichnungen „Bauchschmerz", „Kopfschmerz", „Brustschmerz" usw., wie sie der Kassenarzt oft bei der ersten Untersuchung auf den Krankenschein schreibt, begnügen, sondern müssen, wie dies bei manchen gut geleiteten Kassen schon seit Jahren durchgeführt wird, auf besonderen Karten die ärztlichen Schlußdiagnosen einholen. Die Kassen könnten jetzt auch wertvolle Mitteilungen über die Ausdehnung der Stilltätigkeit bekanntgeben. Allerdings ist es mit großen Schwierigkeiten verbunden, wenn sie eine einwandfreie Statistik herstellen wollen, worauf schon 1920 der Geschäftsführer[4]) des Hauptverbandes deutscher Ortskrankenkassen hingewiesen hat; aber er hat zugleich betont, daß die Krankenkassen es als eine Ehrenpflicht betrachten, das für die soziale Hygiene erforderliche Material zu beschaffen. Des weiteren wird verlangt, daß auch der bei den Landesversicherungsanstalten angehäufte Stoff für die Gesundheitspflege nutzbar gemacht wird. Dazu ist zunächst notwendig, daß man über die Gliederung der versicherten Bevölkerung nach Geschlecht, Alter, Beruf, Wohnort usw. unterrichtet ist. Solche Erhebungen wurden erstmalig bei der Gewerbezählung im Jahre 1907 veranstaltet; bei der nächsten Zählung darf hierauf nicht verzichtet werden. Wie bei den Krankenkassen die Krankheitsursachen in Beziehung zu den sozialen Verhältnissen der Mitglieder zu setzen sind, so ist der bei den Landesversicherungsanstalten[5]) vorhandene wertvolle Zahlenstoff, der die Invaliditätsursachen betrifft, unter Benutzung der Ergebnisse, die bei der Gewerbezählung gewonnen werden, zu verarbeiten. Sodann wurden gegenüber der Sterblichkeitsstatistik viele Wünsche geäußert. Die schematische Gliederung der Sterblichkeitszahlen nach Jahrfünften oder Jahrzehnten ist unzweckmäßig; es müssen z. B. die Jahre des schulpflichtigen Alters von den anderen Altersklassen getrennt werden, um den Einfluß des Schulzwangs erkennen zu lassen, und die Altersklassen von dem Beginn bis zum Schluß der Gebärfähigkeit sind besonders zu berücksichtigen, um die Einwirkungen der sexuellen Funktionen zu veranschaulichen. Ferner ist eine Einteilung nach Berufen (wie in England) notwendig. Und was hier bei der allgemeinen Sterblichkeitsstatistik gefordert wurde, sollte nach Möglichkeit auch bei der Todesursachenstatistik[6]) durchgeführt werden. Endlich sei noch betont, daß alle Staaten eine ausführliche geburtshilfliche Statistik, nach badischem[7]) Muster, herstellen und veröffentlichen sollten.

[1]) Gottstein: „Periodische Untersuchungen anscheinend Gesunder", Mediz. Klinik 1915 Nr. 42 und 43. „Für die Erhaltung der Volksgesundheit", so heißt es dort, „bedarf es der periodischen Massenuntersuchungen der Gesunden, wie sie für die Jugend schon heute besteht."

[2]) Wandel: „Periodische Untersuchungen Gesunder in der Krankenversicherung", Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissensch. 1920 Bd. 20 Heft 2. — Bemerkt sei hier, daß, nach Angaben von J. L. Casper („Die wahrscheinliche Lebensdauer des Menschen", Berlin 1835), die Arbeiter, meist Kinder, aus sechs Spinnereien in Stockport (England) damals schon von Ärzten untersucht wurden; unter den 824 „anscheinend gesunden" Erwerbstätigen waren nur 183 gesund, dagegen waren 240 schwach, 258 krank, 43 verkümmert oder verkrüppelt, 100 hatten geschwollene Kniee und Knöchel, 37 rachitische Verkrümmungen.

[3]) L. Teleky: a) „Vorlesungen über soziale Medizin" Teil 1, Jena 1914; b) „Zur Morbiditätsstatistik der Krankenkassen", Ortskrankenkasse Jahrg. 7 (1920); c) „Aufgaben und Durchführung der Krankheitsstatistik der Krankenkassen", Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverwaltung 1923 Bd. 18 Heft 2. — Inzwischen haben die rheinischen Krankenkassenverbände „Grundsätze für eine einheitliche Krankheitsstatistik" herausgegeben.

[4]) H. Lehmann: „Zur Morbiditätsstatistik der Krankenkassen", Sozialhygienische Mitteilungen 1920 Aprilheft.

[5]) A. Fischer: „Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen", Veröffentl. a. d. Gebiet d. Medizinalverwaltung Bd. III Heft 10, Berlin 1914.

[6]) A. Fischer: „Die Zahl der ärztlich Behandelten und die Todesursachenstatistik", Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 31; ferner R. Behla: „Zur Reform der Todesursachenstatistik in Preußen", Berl. Klin. Wochenschr. 1919 S. 753.

[7]) Bis 1915 erschien jährlich „Die Statistik der Bewegung der Bevölkerung sowie die medizinische und geburtshilfliche Statistik für das Großh. Baden". Siehe unsere Tafeln 9 u. 48 S. 51 u. 207.

Zusammenfassend sind insbesondere folgende Aufgaben für die Staaten, Gemeinden und Träger der Sozialversicherung zu nennen: Jedes Statistische Landesamt soll einen Arzt[1]) zur planmäßigen und fachkundigen Bearbeitung der Gesundheitsstatistik erhalten. Die für die Gesundheitsstatistik notwendigen amtlichen Erhebungen sind auszubauen und besser als bisher für den jetzt noch recht mangelhaften Verbrauch seitens der Ärzte und sonstigen hygienisch tätigen Personen vorzubereiten. Die Gemeinden sollten, ebenfalls von sachkundigen Ärzten beraten, die staatliche Statistik durch Sondererhebungen ergänzen, wie solche z. B. über Wohlhabenheit und Sterblichkeit in Bremen, über Stilltätigkeit in Barmen und Berlin, über Fehlgeburten in Magdeburg durchgeführt wurden. Die Landesversicherungsanstalten und Krankenkassen sollten die Invaliditäts- bezw. Krankheitsursachenstatistik fortführen und ausbauen.

b) Die sonstigen Methoden.

So bedeutungsvoll für die soziale Hygiene die Statistik ist, so unentbehrlich sind neben ihr viele andere Methoden, um die Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die Gesundheitszustände zu erforschen. Denn es gibt viele Fragen, die bisher statistisch nicht geklärt wurden bezw. auf diesem Wege nicht zu ergründen sind.

Schon um die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse, die auf die Gesundheitspflege einwirken, kennenzulernen, muß der Sozialhygieniker sich neben der Statistik auch der anderen in der Nationalökonomie angewandten Methoden bedienen. Des weiteren bedarf er einer genauen Kenntnis der einschlägigen Gesetzeskunde, namentlich soweit sie sich auf das soziale Versicherungswesen, den Arbeiterschutz, die Wohnungsfürsorge, das Nahrungsmittelwesen, die Wohlfahrtspflege, die Bekämpfung der akuten und chronischen Seuchen u. a. m. erstreckt; er muß sich mithin auch mit den in der Rechtswissenschaft üblichen Arbeitsweisen befassen.

Aber die Probleme der sozialen Hygiene betreffen ja nicht nur die sozialen und wirtschaftlichen Einflüsse, sondern umfassen auch die Einwirkungen der ganzen Kultur, d. h. der Volkssitten und -gebräuche, der Religion und Weltanschauung, der politischen Strömungen u. a. m. Um die bedeutungsvollen Beziehungen aller dieser Arten des Gemeinschaftslebens zur Volksgesundheit zu verstehen, muß der Sozialhygieniker häufig die Methoden der Soziologie benutzen. Oft wird er sich auch geschichtlichen, insbesondere kulturgeschichtlichen und medizinhistorischen Studien auf Bibliotheken, in Archiven, in Sammlungen von Kunst- und Kulturdenkmälern hingeben müssen.

Bisher sind allerdings die kulturhygienischen Forschungen nicht sehr weit gediehen. Die Sozialhygieniker sind noch nicht zu Kulturhygienikern geworden, weil sie zunächst mit den Wirkungen der sozialen Umwelteinflüsse alle Hände voll zu tun hatten. Aber es besteht für mich kein Zweifel, daß der Ausbau von der sozialen zur kulturellen Hygiene kommen muß und kommen wird. In Anlehnung an das Vorbild, das Hippokrates[2]) geboten hat, wurden von einigen Ärzten in der zweiten Hälfte des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts medizinische Topographien verfaßt, in denen auch beschrieben wurde, wie die Volkssitten und -vergnügungen, die religiöse Betätigung, der Bildungsstand u. a. m. auf die gesundheitlichen Verhältnisse einwirkten. Der Gedanke der medi-

[1]) Oesterlen schrieb bereits 1865 in seinem „Handb. d. med. Stat." S. 15: „Schon mancher Statistiker in offiziellen statistischen Bureaus, der nicht Arzt war, ist durch all sein genaues Rechnen zu Resultaten gelangt, die allem, was wir wissen, widersprechen und deshalb mit Zweifel und Spott aufgenommen wurden.... Nur Ärzte dürften mit der medizinischen Statistik betraut werden, nicht aber Laien, Finanzmänner u. dgl. wie gewöhnlich. Wir Ärzte müssen uns überall dieses unser Feld zu erobern und zu behaupten wissen."

[2]) Siehe den Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" S. 22, 32 u. 34.

zinischen Topographien blieb aber später zum Schaden der Gesundheitspflege auch bei den gegenwärtigen Vertretern der sozialen Hygiene leider fast ganz unbeachtet. Und doch hatte Pettenkofer schon in dem Vortrag „Über den Werth der Gesundheit" (Pettenkofers Vorlesungen Heft 2, Braunschweig 1873) folgendes dargelegt: „Sitten und Gebräuche sind von nicht geringem Einfluß auf die allgemeine Gesundheit, und es würde sich der Mühe lohnen, unsere Sitten und Gebräuche einmal darauf zu untersuchen, ob in ihnen nichts liegt, was mit den Anforderungen der Hygiene in Widerspruch steht und besser abgeändert würde. Wenn diese Arbeit einmal gemacht sein wird, so glaube ich, werden sich manche beherzigenswerte Tatsachen herausstellen." In ähnlicher Weise hat Rubner im Jahre 1905 betont, daß die menschliche Gesellschaft, ihre Ausbildung, ihr Denken und ihre Lebensweise die hygienischen Zustände beeinflussen. „Würden wir schon heute", so äußerte er sich, „mit den Problemen einer Hygiene des Geistes uns zu beschäftigen in der Lage sein, würde es eine interessante Aufgabe darstellen, den Einfluß der zeitgenössischen Literatur, philosophischer Systeme und der daraus folgenden Lebensanschauungen, der politischen Literatur, des herrschenden Pessimismus, der Not und Sorgen oder der überschäumenden Lebensfreude und Vergnügungssucht auf die Lebensweise und damit auf die Gesellschaft zu entwickeln." Die Probleme und Aufgaben sind hier durchaus richtig erkannt; aber mit ihrer Lösung hat man sich bisher kaum befaßt. Rubner hat auch zugleich die Arbeitsmethoden für diese und andere kulturhygienische Aufgaben gekennzeichnet; obwohl er die soziale Hygiene von der übrigen Gesundheitslehre nicht getrennt wissen will, so hat er doch, nachdem er die (physische) Hygiene als experimentelle Wissenschaft hingestellt hat, unbewußt auch die Arbeitsweise des sozialhygienischen Gebiets geschildert, indem er darlegte: „Aber ein recht umfangreiches Gebiet der Hygiene ist auch wieder an die Bücher und Gedankenarbeit gebunden, so in manchen Teilen der öffentlichen Gesundheitspflege, wo es sich um die Verwertung statistischen Materials oder um Entwurf oder Erkenntnis organisatorischer Einrichtungen, Verordnungen oder Verfügungen handelt." Er hätte allerdings, im Hinblick auf sein kulturhygienisches Programm, die hierfür erforderlichen Arbeitsmethoden noch deutlicher angeben sollen. Wenn nun aber auch, wie schon erwähnt wurde, die planmäßige Erforschung kulturhygienischer Fragen bisher noch in den Kinderschuhen steckt, so besitzen wir doch zahlreiche und wertvolle Arbeiten von Medizinhistorikern[1]), Kulturhistorikern[2]) und Theologen[3]), an die der Kulturhygieniker bei der Erörterung der in Rede stehenden Probleme anknüpfen kann.

[1]) Siehe Literatur S. 39 Ziffer 3, 5, 9a und b, 22, 24; ferner Peters: a) „Der Arzt und die Heilkunst in der deutschen Vergangenheit", Leipzig 1900; b) „Aus pharmazeutischer Vorzeit in Bild und Wort", Berlin 1910.

[2]) Heyne: „Fünf Bücher deutscher Hausaltertümer" Bd. III, Leipzig 1903.

[3]) Siehe Literatur S. 8 Ziffer 16 und S. 39 Ziffer 20; ferner Hans Rust: „Sittlichkeit und Gesundheit", Bücherei der Volkshochschule Bd. 28, Bielefeld und Leipzig 1922; Paul Jäger: „Zur grundsätzlichen Unterscheidung der natürlichen und sozialen Hygiene", Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 4; die Abhandlungen von Fr. Walter, Muckermann und Fr. Kruse in dem von Faßbender herausgegebenen Werk „Des deutschen Volkes Wille zum Leben", Freiburg 1917. Auch auf A. Harnack: „Medizinisches aus der ältesten Kirchengeschichte", Leipzig 1892, sei hingewiesen Schließlich seien noch die Berichte über die Verhandlungen des Evangelisch-sozialen Kongresses (seit 1890, erst in Berlin, dann in Göttingen erschienen) und die unter Führung von Seeberg, Muckermann u. a. herausgegebene Zeitschrift „Das kommende Geschlecht" (seit 1920 erschienen) genannt.

Es muß nun noch betont werden, daß der Sozialhygieniker sich bei seinen Forschungen auch mit Fragen, die zum Gebiet der Medizin und Naturwissenschaften gehören, zu beschäftigen hat. Hier ist zunächst die Anthropometrie[1]) zu nennen. Messungen, Wägungen und sonstige körperliche Untersuchungen, wie sie in den Schulen, bei der militärischen Aushebung, in Fabriken, bei sportlichen Veranstaltungen usw. durchgeführt werden, liegen im Aufgabenkreis des Sozialhygienikers. Soweit er an diesen Forschungen nicht selbst beteiligt ist, wird er ihre Ergebnisse, die oft wertvolle Aufschlüsse über die Beziehungen der gesundheitlichen Beschaffenheit zu den wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen Verhältnissen bieten, zu benutzen haben. Mit den Methoden der Anthropometrie muß der Sozialhygieniker sich daher vertraut machen. Des weiteren wird er der Epidemiologie seine besondere Aufmerksamkeit zu widmen haben, um festzustellen, ob und in welcher Weise die verschiedenartigen Seuchen bei ihrer Entstehung und bei ihrem Verlauf von der wirtschaftlichen und kulturellen Lage der Bevölkerung beeinflußt sind. Und wie die epidemiologischen Methoden, so muß er auch die Arbeitsweise der Familienforschung kennen. Denn die rassehygienischen Probleme gehören ja, soweit kulturelle Einflüsse in Frage kommen, ebenfalls in das Gebiet der sozialen Hygiene.

Andere Wege als bei der Forschung muß die soziale Hygiene einschlagen, sobald sie die ihren wissenschaftlichen Ergebnissen entsprechenden Forderungen zu verwirklichen sucht.

Im vorigen Abschnitt wurde dargelegt, daß die soziale Hygiene als praktisches Betätigungsgebiet ein Teil der Politik, für den man den Namen Gesundheitspolitik geprägt hat, ist. Wie die Gesundheitsstatistik, so ist auch die Gesundheitspolitik aus Stücken, die den verschiedenartigsten Gebieten entnommen sind, zusammengesetzt. Soweit die Gesundheitspolitik sich auf sozialhygienische Fragen erstreckt, steht sie bald mit der Sozial-, bald mit der Bevölkerungs- oder Kultur-, Schul-, Siedlungs-, Handels- usw. Politik in Berührung. Die soziale Hygiene muß bei ihren gesundheitspolitischen Bestrebungen die Arbeitsweisen, die in der Politik üblich sind, verwenden. Volksbelehrung und Organisation sind die auch von der sozialen Hygiene zu benutzenden Mittel, um auf die breite Öffentlichkeit und so auf die Parlamente und Regierungen einzuwirken. Durch Zeit- und Flugschriften, Volksversammlungen, Ausstellungen usw. sucht der Sozialhygieniker die Massen über sozialhygienische Fragen aufzuklären und in Vereinen und Verbänden zusammenzufassen. Dadurch erreicht man unmittelbare Erfolge, indem die belehrten Volkskreise nach Möglichkeit sich einer gesundheitsgemäßen Lebensweise befleißigen, zugleich aber übt man dadurch, daß man eine große Schar von Anhängern gewonnen hat, auf die Gesetzgebung und Verwaltung, von denen man sozialhygienische Maßnahmen fordert, einen Einfluß aus.

c) Sozialhygienische Forschungs- und Arbeitsstätten.

Für die physische Hygiene wurde das erste Forschungs- und Unterrichtsinstitut im Jahre 1876 zu München geschaffen; es wurde Pettenkofer, der dort als Ordinarius der Hygiene wirkte, unterstellt. Dann erhielten Erlangen und Leipzig solche Arbeitsstätten; Preußen folgte hierbei erst 1884. R. Virchow hatte sich noch am 1. Febr. 1884 im preußischen Landtage mit aller Schärfe gegen die Selbständigkeit der Hygiene als wissenschaftliches Universitätsfach ausgesprochen; aber er konnte die Entwicklung nicht mehr hemmen. Es gibt jetzt keine deutsche Universität ohne ein Hygienisches Institut und ohne ein Ordinariat für Hygiene. Aber diese und andere derartige Forschungs- und Arbeitsstätten widmeten sich — von Ausnahmefällen abgesehen — hauptsächlich dem Studium der natürlichen Umwelt; sie waren bis vor kurzer Zeit fast nur Institute für physische Hygiene.

Die Forschungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene blieben dem Eifer privater Forscher, die zumeist mit der ärztlichen Praxis ihren Lebensunterhalt verdienen mußten, aber hierbei die bedeutungsvollen Einflüsse der sozialen Umwelt auf die Gesundheitszustände täglich vor Augen hatten, überlassen. Nach langem Sträuben der medizinischen Fakultäten ließ man wenige Jahre vor dem Weltkriege eine Privatdozentur für soziale

[1]) Siehe insbesondere R. Martin: „Lehrbuch der Anthropologie", Jena 1914.

Hygiene an der Berliner Universität zu und schuf ein Extraordinariat für soziale Gesundheitspflege in München. Im Jahre 1920 wurde in Berlin ein Ordinariat für soziale Hygiene, jedoch gegen den Willen der Fakultät, geschaffen. Wie einst gegen die Professuren der Hygiene, so wird jetzt gegen die Ordinariate der sozialen Hygiene seitens der medizinischen Fakultäten[1]) Einspruch erhoben. An vielen Universitäten und Hochschulen erhielten in den allerletzten Jahren Privatdozenten Lehraufträge[1]) für soziale Hygiene. In Berlin, München, Rostock wurden im Anschluß an die Hygiene-Institute Abteilungen für soziale Hygiene geschaffen. In Karlsruhe hat die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene mit staatlicher Unterstützung ein Institut für soziale Hygiene in bescheidenstem Umfang eingerichtet.

Die gegenwärtige Generation der Ärzte hat einen planmäßigen Unterricht in der sozialen Hygiene nicht erhalten. Daher fehlt ihnen zumeist das wissenschaftliche Rüstzeug, um auf den verschiedenen Verwaltungsgebieten die ihnen dem Beruf nach gebührende Führerstellung einzunehmen. Um diesen Mangel zu beseitigen, hat die preußische Regierung im Jahre 1920 Sozialhygienische Akademien in Charlottenburg, Breslau und Düsseldorf geschaffen. Zum Besuch einer solchen Akademie sind die Kandidaten für das Kreisarztexamen verpflichtet, da die soziale Hygiene jetzt zu den Prüfungsfächern gehört. Auch bei der Anstellung als Stadtarzt (Sozialarzt) wird jetzt die vorangegangene Ausbildung an einer Sozialhygienischen Akademie verlangt.

Für die sozialhygienischen Aufgaben reicht jedoch die Wirksamkeit der Ärzte nicht aus. Man bedarf hierzu zahlreicher Mittelspersonen, welche mit den breitesten Volksschichten in Berührung stehen. Nationalökonomen, Verwaltungsbeamte, insbesondere solche, die auf dem Gebiet der Sozialversicherung, der Jugendfürsorge, Wohnungsfürsorge usw. wirken, ferner Pfarrer, Lehrer, Gewerkschaftsbeamte, Sozialbeamtinnen sowie überhaupt alle, die für diese bedeutungsvollen Aufgaben Interesse hegen, müssen Gelegenheit erhalten, sich die erforderlichen sozialhygienischen Kenntnisse zu erwerben, um mit Erfolg tätig sein zu können. Darum ist es nötig, daß überall für die genannten Berufsarten sozialhygienische Unterrichtskurse abgehalten werden.

Beachtenswert sind die sozialhygienischen Studienreisen, die H. Reiter[2]) von Rostock aus mit den Hörern seines Sozialhygienischen Seminars zunächst nach dem rheinisch-westfälischen Industriebezirk unternommen hat.

Literatur: *1. **Ascher:** a) „Medizinalstatistik", Enzyklop. Jahrb. d. ges. Heilk. 1909 Neue Folge Bd. VII; b) „Planmäßige Gesundheitsfürsorge für die Jugend bis zur Militärzeit. Versuch einer Konstitutionsstatistik", Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw. 1913 Bd. II Heft 1. — 2. **Fr. Burgdörfer:** a) „Familienpolitik und Familienstatistik", Münch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 49; b) „Familienstatistik. Ein Beitrag zur Reform der Bevölkerungsstatistik", Allg. Stat. Arch. Bd. 10. — 3. **Gottstein:** a) „Statistik" und „Biometrie", Abh. im Sozialärztl. Praktikum, herausg. von Gottstein und Tugendreich, 2. Aufl., Berlin 1920; b) siehe Literatur S. 8 Ziffer 5 a und c. — 4. **M. v. Gruber:** „Statistik, Theoretisches", Abh. im Handb. d. Hyg., Leipzig 1923. — 5. **A. Hesse:** „Statistik", 4. Teil vom Grundriß z. Stud. d. pol.*

[1]) E. Dietrich, Ministerialdirektor im preuß. Ministerium für Volkswohlfahrt, betonte in den von ihm herausgegebenen „Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw." 1915 Bd. V Heft 3, daß „ja für neu aufkommende Disziplinen die Fakultäten nicht unter allen Umständen die besten Ratgeber sein möchten". Auf der Tagung der deutschen med. Fakultäten im Januar 1920 haben von 23 nur 5 für, aber 15 gegen selbständige Vorlesungen über soziale Hygiene gestimmt. Siehe Sozialhyg. Mitteil. 1920 S. 51 sowie S. 89 und 90. Durch diese Hinweise soll im übrigen die Hochschätzung der med. Fakultäten sowie der Ordinarien für Hygiene, von denen sich einige auch auf sozialhygienischem Gebiete große Verdienste erworben haben, keineswegs beeinträchtigt werden.

[2]) H. Reiter: „Sozialhygienische Studienreisen", Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 24.

Ökonomie (J. Conrad), Jena 1923. — 6. **Kaup:** *a) „Der sozialhygienische Unterricht a. d. Universität München u. d. Errichtung eines sozialhygienischen Seminars“, Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 17; b) „Ein Körperproportionsgesetz zur Beurteilung der Längen-, Gewichts- und Index-Abweicher einer Populationsaltersgruppe“, Münch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 31 und 32.* — 7. **Kißkalt:** *„Einführung in die Medizinalstatistik“, Leipzig 1919.* — 8. **W. Prausnitz:** *„Soll der Unterricht in sozialer Hygiene von den schon bestehenden Instituten abgetrennt werden?“ Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 45; dazu Burkard: ebenda 1919 Nr. 50.* — 9. **Prinzing:** *a) „Handbuch d. medizinischen Statistik“, Jena 1906; b) „Die zukünftigen Aufgaben der Gesundheitsstatistik“, Sozialhyg. Abhandl. Nr. 1, Karlsruhe 1920; c) „Die Methoden der medizinischen Statistik“, Handb. d. biolog. Arbeitsmethoden, herausg. v. Abderhalden, Abt. V, Teil 2, Heft 6, Berlin 1924.* — 10. **Rösle:** *a) „Sonderkatalog für die Gruppe Statistik der wissenschaftlichen Abt. d. Intern. Hygiene-Ausstell. Dresden 1911; b) Graphisch-statist. Darstellungen, ihre Technik, Methodik und wissenschaftl. Bedeutung“, Arch. f. sozial. Hyg. u. Demograph. 1913 Bd. 8 Heft 4.* — 11. **Rubner:** *siehe Literatur S. 8 Ziffer 12.* — 12. **Silbergleit:** *„Über Medizinalstatistik“, Zeitschr. für soz. Med. 1910 Bd. V Heft 2.* — 13. **Teleky:** *„Die Soziale Hygiene an den Hochschulen“, Soziale Praxis 1917 Jahrg. 27 Nr. 12 und 13.* — 14. **W. Weinberg:** *a) „Die württemb. Familienregister und ihre Bedeutung als Quelle wissensch. Forschung“, Württ. Jahrb. f. Stat. und Landeskunde, Stuttgart 1907; b) Zur Technik familienstatistischer Untersuch. über sozialbiologische Probleme“, Allg. Stat. Arch. 1916 Jahrg. 9; c) „Bemerkungen zur Reform der deutschen Bevölkerungs- und Gesundheitsstatistik“, Öffentl. Gesundheitspflege 1919 Bd. IV S. 420.*

3. Geschichte der sozialen Hygiene.

Die Bestrebungen, durch soziale (kulturelle) Maßnahmen die Gesundheitsverhältnisse zu verbessern, reichen bis in die entferntesten Zeiten der Weltgeschichte[1]) zurück. Der Spruch von Goethe: „Wer nicht von 3000 Jahren — sich weiß Rechenschaft zu geben, — bleib im Dunkeln unerfahren, — mag von Tag zu Tage leben“ gilt daher ganz besonders für unser Gebiet. Aber auch die Ansicht, die Faust gegenüber Wagner äußert: „Mein Freund, die Zeiten der Vergangenheit sind uns ein Buch mit sieben Siegeln“ trifft oft genug für unsere Fragen zu. Denn die Geschichte der sozialen Hygiene ist noch viel zu wenig erforscht, als daß wir heute schon ein sicheres Urteil über die Entwicklung der bedeutungsvollen Gegenstände, mit denen wir uns hier beschäftigen, besitzen könnten. Und doch ist der zur Verfügung stehende Stoff, der Jahrtausende umfaßt und alle Völker der Erde betrifft, bereits so unermeßlich groß, daß ihn kein einzelner zu meistern vermag.

Auf die Frage: Zu welchem Ende studieren wir Geschichte der sozialen Hygiene? ist zu antworten: Zunächst sollen diese Forschungen helfen, unsere kulturhygienischen Verhältnisse der Gegenwart zu verstehen. Sodann wünschen wir, soweit es irgend möglich ist, aus der Vergangenheit für die Zukunft zu lernen; das Bewährte wollen wir auch für die kommende Zeit benutzen, aber das Fehlerhafte wollen wir vermeiden. Im Rahmen dieses „Grundrisses“ können freilich nur die allerwichtigsten Angaben, die uns diesen Zielen entgegenführen, dargeboten werden.

Die Geschichte lehrt, daß auf dem Gebiete der kulturellen Hygiene die Praxis der Wissenschaft zumeist weit vorangeeilt ist. Lange bevor es eine wissenschaftlich gestaltete Heilkunde oder Hygiene gab, haben im grauen Altertum Propheten und Staatsmänner umfassende und tiefgreifende Hygienegesetze geschaffen. Zutreffend hat jedoch J. H. Baas 1879 betont, daß es an sich auch hinsichtlich der heutigen hygienischen Maßregeln gleichgültig wäre, ob sie vom Oberkonsistorium oder vom Reichsgesundheitsamt ausgehen; die Hauptsache ist, daß diese Einrichtungen vorhanden sind und wirken.

Es sei nun schon jetzt darauf hingewiesen, daß man all die zahllosen und verschiedenartigen Maßnahmen, die im Laufe der geschichtlich bekannten Jahrtausende getroffen

[1]) Siehe C. Koehne: „Bevölkerungspolitik im Gesetzbuch des Königs Hammurapi von Babylon“, Zeitschr. f. Sozialw. 1918 N. F. IX S. 696 ff.

wurden, in zwei Gruppen gliedern kann, nämlich 1. in die mannigfaltigen Mittel zur Verhütung von Krankheiten (Seuchenbekämpfung, Ernährung, Kleidung, Reinigung usw.) und 2. in die Einrichtungen zur Stärkung der Gesundheit sowie zur Mehrung der Volkskraft (Leibesübungen und Rassehygiene). In jedem Volke müssen sowohl die negativ wie die positiv wirkenden Maßnahmen der sozialen Hygiene im erforderlichen Umfange angewandt werden. Unsere geschichtliche Übersicht soll zugleich, nach Möglichkeit, dartun, welche Folgen für das Volkswohl zutage getreten sind, wenn diesen Forderungen nicht oder nicht hinreichend entsprochen wurde.

a) Altertum.

Nach den Angaben von Nossig haben die Chinesen[1]) durch ihre Bestimmungen über die Reinhaltung der Familie bewirkt, daß diesem Volke trotz seines nach vielen Jahrtausenden zählenden Alters noch ein langes Dasein beschieden sein dürfte. Von den Indern[2]) berichtet Nossig, daß nach der Gesetzgebung Manus der Bräutigam auf seine Mannbarkeit sorgfältig geprüft wird, und daß der Brahmane kein noch so reiches Mädchen, das mit einer erblichen Krankheit behaftet ist, heiraten darf; dieser Geschlechtshygiene schreibt Nossig es zu, „daß dieses uralte Volk, sagen wir, noch heute lebt und nach allen demographischen Kriterien lebenskräftiger erscheint als z. B. das französische“. Andererseits weist Nossig darauf hin, daß die Ägypter[1]) zwar viele treffliche hygienische Einrichtungen besaßen, aber in Polygamie lebten; sie sorgten in hohem Maße für das Individuum, auf das Fortleben in den Nachkommen waren sie jedoch nicht bedacht. „Darum leben die Leichname der Ägypter noch heute, aber ihr Volk ist tot.“

Sicherlich sind die sozialhygienischen Fragen, die Nossig hier an der Hand der Geschichte aufwirft, von der größten Tragweite, insbesondere in einer Zeit, in der man sich so eingehend mit dem Untergang des Abendlandes[3]) beschäftigt. Aber es scheint mir doch zweifelhaft zu sein, ob seine Antworten sich auf einen hierfür hinreichenden Tatsachenstoff stützen.

Gebiete, die wir eher beurteilen können, stellen die hygienische Gesetzgebung der Juden sowie die Maßnahmen im alten Griechenland und in Rom dar. Denn hier handelt es sich um historische Denkmäler, die uns einigermaßen zugänglich sind. Das Interesse für das Gesundheitswesen dieser Völker ist bei uns schon deshalb groß, weil das Alte Testament, als ein Teil der Bibel, noch heute auf das ganze christliche Europa einen überragenden hygienischen Einfluß ausübt, und die hygienische Kultur der Griechen und Römer wie früher so auch jetzt noch in mancher Hinsicht als Vorbild benutzt wird.

Die von Moses den Juden gegebenen Vorschriften sind zwar in ein religiöses Gewand gekleidet, enthalten aber oft rein hygienische Bestimmungen, die das Nahrungswesen, die Körperreinigung, die Beseitigung der Abfallstoffe, die Bekämpfung ansteckender Krankheiten u. a. m. betreffen. Nossig meint, „man wird in der Bibel geradezu ein

---

[1]) Über die Volkszahl bei den heutigen Chinesen, Indern und Ägyptern siehe die Tafel 2 S. 43.

[2]) Über die indischen Zustände der Gegenwart unterrichten u. a. H. Fehlinger: „Die städtische Bevölkerung im Indischen Reich“, Jahrb. d. Nationalökon. u. Stat. 1919 Juliheft; Romain Rolland: „Mahatma Gandhi“, übersetzt von E. Roniger, Erlenbach-Zürich 1923.

[3]) Seitdem Oswald Spengler den 1. Band seines Werkes „Der Untergang des Abendlandes“ (Wien 1919) veröffentlicht hat, sind zahlreiche Schriften, die sich mit diesem Gegenstand befassen, erschienen.

modernes Sanitätsreglement zu lesen glauben", wenn man nur das Wort „unrein", welches Jahrtausende hindurch in moralischem Sinn aufgefaßt wurde, in hygienischem nehme.

Von den zahlreichen Ge- und Verboten dieses „Sanitätsreglements" sind einige auch für unsere heutigen Verhältnisse von ganz besonderer Bedeutung.

Hier ist vor allem das Gebot der Sabbatruhe anzuführen. Obwohl schon die Babylonier, veranlaßt durch den Sternenglauben, eine Art Ruhetag (fünf im Monat) hatten, ist doch erst dadurch, daß der wöchentliche Ruhetag durch die mosaische Gesetzgebung bei den Juden eingeführt wurde, diese überaus wichtige sozialhygienische Maßnahme von allen Kulturvölkern übernommen worden. Welchen Wert Moses der Sabbatheiligung beilegte, ergibt sich daraus, daß sie den Inhalt schon des dritten der zehn Gebote darstellt. Bedeutungsvoll ist hierbei sodann, daß nicht nur der Freie und seine Angehörigen, sondern auch die Sklaven und Sklavinnen sowie die Fremdlinge, die in jüdischen Ortschaften weilen, sich, wie ausdrücklich befohlen wird, am Sabbat der Arbeit enthalten sollen. Kulturhygienisch sehr bedeutungsvoll ist ferner die Anordnung, daß jeder sechs Tage hindurch arbeiten soll, bevor er einen Ruhetag genießt. Ob dieser Vorschrift immer genügt wurde, läßt sich wohl nicht feststellen; aber die genaue Durchführung des Ruhetages auch für die Sklaven gilt als sicher.

Von der größten rassehygienischen Tragweite ist das Verbot des Ehebruchs. Mit Recht hat der Münchner Theologieprofessor Walter[1]) das sechste Gebot des Dekalogs als einen großartigen Hymnus auf die persönliche wie soziale Hygiene bezeichnet. Des weiteren sind die Anordnungen, welche sich mit der Prostitution befassen, von hohem Werte. „Es soll", so liest man im 5. Buch Mosis Kap. 23, „unter den israelitischen Mädchen keine der Unzucht Geweihte geben, noch darf es unter den israelitischen Knaben einen Geweihten geben." Und nach demselben Buch Kap. 22 soll die israelitische Jungfrau, die Unzucht getrieben hat, zu Tode gesteinigt werden.

Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß die mosaische Gesetzgebung ein volkstümliches Handbuch fast der gesamten individuellen Hygiene und somit eine gesundheitliche Volksbelehrung größten Stiles darstellt. Die Vorschriften der persönlichen Gesundheitspflege, die in Ägypten nur den Priestern bekannt waren, hat Moses seinem ganzen Volke übermittelt. „Ihr sollt mir ein Königreich von Priestern werden", heißt es im 2. Buch Mosis Kap. 19. Und auch in dieser Verallgemeinerung hygienischen Wissens und gesundheitlicher Erziehung liegt eine sozialhygienische Großtat.

Mit dem Scharfblick, der eben nur einem Propheten eigen ist, hat Moses Gesundheitspflege und Ethik miteinander aufs engste verknüpft. Er wußte, so äußert sich Nossig, daß Moral Hygiene und Hygiene Moral ist. Darum wurden den Juden Wohlergehen und gesunde Nachkommenschaft verheißen, wenn sie die religiösen Gebote befolgten, und es wurde ihnen gedroht, daß die moralischen Sünden der Väter an den Kindern, Enkeln und Urenkeln geahndet werden.

Fragen wir nun noch, welcher Erfolg bei den Juden mit diesem Gesetzgebungswerk erzielt wurde. Nossig äußert sich hierzu folgendermaßen: Es ist jahrhundertelang nicht gelungen, das Geschlechtsleben zu reinigen. Prostitution sowie unnatürlicher Geschlechtsverkehr blühten, und die venerischen Krankheiten waren im Volke verbreitet. Erst als das jüdische Reich sich dem Untergange näherte, sah das Volk ein, zu welch furchtbaren Folgen die Mißachtung der moralischen und hygienischen Gebote geführt hatte; nun begann es an seiner Gesetzgebung mit Zähigkeit zu hängen. Seit der Zerstörung ihres Staates und seit ihrer Zerstreuung haben die Juden die Gebote von Moses befolgt. Nossig führt die Tatsache, daß das jüdische Volk heute noch lebt und die kräftigsten, blühendsten Nationen des Altertums überdauert hat, auf die sozialhygienische Leitung zurück. Und er meint, daß, wenn die Bibel auch körperliche Übungen vorgeschrieben hätte, das durchschnittliche jüdische Individuum heute ebenso kräftig entwickelt wäre, wie es gesund geboren wird.

Zusammenfassend sei über den kulturhygienischen Wert der mosaischen Gesetzgebung folgendes betont: Die wichtigste Lehre, die diesem Werke zu entnehmen ist, liegt in dem

[1]) Siehe Literatur S. 8 Ziffer 16.

Hinweis auf den allgemeinen Zusammenhang von Hygiene und Moral. Denn wenn wir auch wissen, daß selbst die genaueste Befolgung der Sittenlehre machtlos gegenüber mannigfaltigen Einflüssen der natürlichen Umwelt bleibt, so ist doch auf zahllosen Gebieten des Gesundheitswesens die moralische Schulung nicht hoch genug zu veranschlagen. Die gewaltige gesundheitliche Bedeutung der Sabbatruhe kann man ermessen, wenn man sich die Zustände in einem heutigen Industriestaat, in dem es keinen wöchentlichen Ruhetag geben würde, ausmalt. Und das gleiche gilt von der mosaischen Familien- und Geschlechtshygiene. Gewiß ist sie ehemals so wenig wie jetzt im vollen Umfange verwirklicht worden. Aber man stelle sich auch hier einmal vor, welche Verhältnisse in einem modernen Staate herrschen würden, wenn es kein Verbot der ehelichen Untreue und der Unzucht geben würde.

Im Gegensatz zu der mosaischen Gesundheitsgesetzgebung überragt bei den hygienischen Maßnahmen der Griechen und Römer das Mittel der Abhärtung, namentlich in Gestalt der Leibesübungen.

Lykurgos (um 880 v. Chr.) schuf für Sparta eine Gesetzgebung, nach der insbesondere die Erziehung der männlichen Jugend streng geregelt wurde, um kriegstüchtige Männer zu erhalten. Die neugeborenen Knaben wurden von den Ältesten des Stammes untersucht; die als schwach oder mißgestaltet erachteten wurden in einem abgrundartigen Ort des Taygetus ausgesetzt. Nach den Schilderungen von Plutarch[1]) hatten die Spartaner die Ansicht, daß das Leben eines Kindes, das nicht von Anfang an gesund und kräftig ist, weder für dies Wesen selbst noch für den Staat von Nutzen sei. Vom siebenten Lebensjahr an wurde der Knabe dem Hause entzogen und erhielt in öffentlichen Anstalten eine rauhe Erziehung. Geschlafen wurde auf Stroh ohne Decken. Kleidung und Haartracht waren streng vorgeschrieben. Gebadet wurde nur im Eurotas. Die Nahrung war karg. Die Tage wurden unter unaufhörlichen gymnastisch-militärischen Veranstaltungen, Lauf, Sprung, Diskus- und Speerwerfen verbracht, wobei nicht nur die körperliche Ausbildung, sondern auch die Übung unweigerlichen Gehorsams und die völlige Bändigung des eigenen Willens erstrebt wurden. Auch die Regelung des Geschlechtsverkehrs zielte lediglich darauf hin, starke, kriegstüchtige Bürger zu erhalten. Es war Sitte, daß ein alter Mann, der eine junge Frau hatte, deren Verkehr mit einem jungen Manne veranlaßte, und daß ein junger Mann, dem eine fremde Frau gefiel, den Gatten um die Erlaubnis bat, ihr beizuwohnen, um einen kräftigen Nachwuchs zu erzeugen.

Welches war nun der Erfolg des spartanischen Systems? Die Spartaner wurden in den ersten Jahrhunderten sehr schnell ein großes Volk von Kriegern, das sich neue Gebiete zu unterwerfen wußte. Aber Lykurg ist offenbar bei seiner Gesetzgebung, die zu einseitig die Erzeugung kräftiger Kinder und deren körperliche Ausbildung anstrebte, zu wenig auf die Sittlichkeit der Frauen bedacht gewesen. Und so kommt Nossig, der sich auf das Urteil von Aristoteles stützt, zu der Ansicht, daß die Spartaner als Rasse vom Erdboden verschwunden sind, weil bei ihnen die Geschlechtshygiene mangelhaft geregelt war. So beachtenswert an der sozialen Hygiene in Sparta die gymnastische Erziehung ist, so wenig können wir den gesetzlichen Kindermord, die übertriebene Abhärtungsweise und die freie Art des Geschlechtsverkehrs billigen.

[1]) „Plutarchs sämtliche Biographien" 2. Band, Lykurg, deutsche Übersetzung von Ed. Eyth, Stuttgart 1857. — Ferner: Xenophons Werke, Staatsverfassung der Lacedämonier (Bd. 10), übersetzt von A. H. Christian, Stuttgart 1830.

Etwas anders als in Sparta war der Weg, den man in Athen einschlug. Nach der Gesetzgebung von Solon (geb. 630 v. Chr.) konnte der Ehebrecher über frischer Tat getötet werden. Die Frauen und Mädchen lebten in häuslicher Zurückgezogenheit. Die Ehe wurde als hochwichtig angesehen, jedoch lediglich deswegen, weil nur diejenigen, die aus echter Ehe hervorgingen, als echte Bürger galten. Aber es war nach Burckhardt kein Zug der Innigkeit im Eheleben. Die Männerliebe und höhnische Reden über die Frauen nahmen überhand. Bei der Ausbildung der Kinder waren dem Haus und der Familie größere Vorrechte gewahrt, als in Sparta; die Schulung der Knaben war nicht so geisttötend wie am Eurotas. Auf die Pflege der Leibesübungen wurde auch in Athen die größte Sorgfalt verwandt; hier war jedoch das Ideal: „Der Geist eines Weisen in dem Körper eines Athleten."

Abb. 1.



Wettlauf.
Schwarzfigurige panathenäische Preisamphora aus dem Anfang des 5. Jahrh. v. Chr.
Staatl. Vasensamml. München.

Wie gering der Wert des Familienlebens für das staatliche Gesundheitswesen auch in Athen eingeschätzt wurde, zeigen die rassehygienischen Gedankengänge des Philosophen Plato[1]), der sich auf die Beobachtungen bei der Tierzucht stützte und an die spartanischen Sitten des Geschlechtsverkehrs anlehnte. Er schlug vor:

Die besten Männer sollen so oft als möglich den besten Frauen beiwohnen, die schlechtesten aber den schlechten so selten als möglich, und die Sprößlinge der ersteren soll man pflegen, die der letzteren aber nicht. Die Zahl der Ehen bestimmen die Herrscher, um die Zahl der Staatsbürger weder zu groß noch zu klein werden zu lassen. Die Sprößlinge der Guten werden in die Krippenanstalt zu Kinderwärterinnen gegeben, die Sprößlinge der Schlechteren und die verkrüppelten Kinder soll man an einem geheimen Orte verbergen. Für die Nahrung wird gesorgt, indem diejenigen Mütter, die von Milch strotzen, in die Krippenanstalt geführt werden, wobei aber verhütet werden soll, daß die Mutter ihr eigenes Kind erkennt. Die Sprößlinge sollen aus Menschen im schönsten Alter — dies sei beim Weibe das 20., beim Manne das 30. Lebensjahr — hervorgehen.

Diese platonischen Ideen, über die auch Aristoteles[2]) nur wenig hinausgeht, sind ja nicht verwirklicht worden; sie enthalten gewiß einen guten Kern, sie berücksichtigen

---

[1]) Plato: „Der Staat" Buch V, Kap. 8 und 9, deutsche Übersetzung von R. Prantl, Stuttgart. Vgl. auch Fr. Lenz: „Rassewertung in der hellenischen Philosophie" (Arch. f. Rassen- und Gesellsch.-Biologie 1914 Jahrg. 10 Heft 5 und 6); hier findet man folgende Darlegungen: „Wir sehen heute mehr als je, daß Platos Werk mehr als historisch ist. Er würde stolze Freude empfinden, wenn er sehen könnte, wie heute seine Gedanken fortwirken, wie gerade jene Männer, welche bahnbrechend die Rassenhygiene geschaffen haben, entscheidend durch ihn beeinflußt worden sind." Lenz hat dann aber selbst („Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene", München 1921) in Platos Lehre „manche absonderliche Vorschläge" bemerkt.

[2]) Aristoteles: „Die Politik", übersetzt von Chr. Garve, herausgegeb. von Fülleborn, Wien 1803, Bd. I Abt. 2 Kap. 16.

jedoch nicht, daß der Mensch außer körperlichen auch geistige Eigenschaften besitzt, und daß für die Höherentwicklung der Menschen die für die Tierwelt geltenden Gesetze der Zuchtwahl nicht ohne weiteres zutreffen. Die ethische und hygienische Bedeutung des Familienlebens wird ganz außer acht gelassen. Wir werden aber unten sehen, daß die Gedankengänge Platos in späteren Jahrhunderten wieder auftauchten.

Zu erwähnen ist sodann, daß man sich von manchen bedeutungsvollen sozialhygienischen Einrichtungen der Griechen noch heute an der Hand alter Kunst- und Kulturdenkmäler[1]) überzeugen kann. Vor allem sind hier die herrlichen Bildhauerwerke, die Diskuswerfer, Ringkämpfer, Fechter usw. darstellen und die vorbildliche Körperpflege (siehe Abb. 39 S. 188) veranschaulichen, zu nennen. Kunstvolle Bilder auf Vasen und Schalen unterrichten uns über das hochentwickelte Badewesen sowie über Anfänge von Arbeiterschutzvorrichtungen (Kopfkringel[2]) auf dem Scheitel von Wasserkrüge tragenden Mädchen, ferner Wangenschutz bei Flötenbläsern). Aber auch die Folgen alkoholischer Ausschreitungen bei Gastmählern wurden vielfach verewigt.

Schließlich ist noch auf die auch für die soziale Hygiene bedeutungsvolle Wirksamkeit von Hippokrates (geb. 460 v. Chr. auf Kos) hinzuweisen. Er löste die Heilkunde aus der Verbindung mit Theologie und Philosophie, was bei dem damaligen Stande der Wissenschaften durchaus erforderlich war, und stellte sie ganz auf den Boden der naturwissenschaftlichen Betrachtung. Damit wurde er zum „Vater der medizinischen Wissenschaft" und somit auch der wissenschaftlichen Hygiene. Der Vorbeugung von Krankheiten widmete er die größte Aufmerksamkeit; aber er bediente sich hierbei nicht der Mittel des Propheten oder Staatsmannes, sondern gab als Arzt individual-hygienische Vorschriften.

Pagel[3]) hat darauf hingedeutet, daß Hippokrates in seinen Werken zwar auf viele Berufsarten gelegentlich zu sprechen kommt, aber den Einfluß der Erwerbsarbeit auf die Gesundheit kaum bespricht. Pagel wirft die interessante Frage auf, ob bei den Griechen ausgleichende Faktoren, die den schädigenden Einfluß der Handwerkerbetriebe auf die Gesundheit in größerem Maße nicht aufkommen ließen, obgewaltet haben.

Auf einem wichtigen Gebiete hat Hippokrates auch für die soziale Hygiene bahnbrechend gewirkt. In seiner Abhandlung „Über Luft, Wasser und Örtlichkeit" betont er, daß der Arzt die örtlichen Verhältnisse, die auf seine Kranken einwirken, genau kennen muß. Zunächst seien hierbei die klimatischen Einflüsse zu berücksichtigen. „Man hat", so fährt er fort, „auch die Lebensgewohnheiten, welche die Bewohner bevorzugen, ins Auge zu fassen, ob sie Trinken, Essen und ein beschauliches Dasein, oder aber körperliche Bewegung und Arbeit lieben, ohne gern zu essen und zu trinken." Mit diesen Darlegungen werden die medizinischen Topographien, von denen unten noch zu reden sein wird, gefordert. Hippokrates selbst hat in gewissem Sinne solche Beschreibungen von der Insel Thasos, von Abdera u. a. m. verfaßt.

Aus der Zeit der alten Römer besitzt man noch heute Reste von trefflichen gesundheitstechnischen Einrichtungen. Mustergültig war ihr System der Kanalisation und der Wasserleitungen. Bewundernswert waren auch ihre öffentlichen Bäder. Wie allgemein das Bedürfnis nach regelmäßigen gründlichen Körperreinigungen war, geht daraus hervor, daß auch in den Kolonien für die dorthin gesandten Heerestruppen umfangreiche, wohlangelegte Badeanstalten — man denke z. B. an die Römerbäder in Badenweiler (siehe Abb. 30

---

[1]) Ad. Furtwängler: „Die Bedeutung der Gymnastik in der griechischen Kunst", Der Sämann, Monatsschr. f. pädagog. Reform, 1905.

[2]) Siehe die Abb. 28 S. 158.

[3]) Pagel: „Über Bernardino Ramazzini und seine Bedeutung in der Geschichte der Gewerbehygiene", Deutsche med. Wochenschr. 1891.

S. 166) und Baden-Baden — geschaffen wurden. Die Pflege der Leibesübungen stand bei den Römern (siehe Abb. 40, S. 189) auf derselben Höhe wie in Griechenland. Auch die Römer waren bei der Erziehung der Jugend vor allem darauf bedacht, daß der Staat kriegstüchtige Männer erhielt. Die hygienischen Maßregeln der Römer bewährten sich insofern, als ein großes und starkes Volk entstand, welches sich weite Landesgebiete unterwarf.

Abb. 2.



Militärverbandplatz.

Relief von der Trajanssäule in Rom. (Nach Fröhner.)

Aber auch die Römer sorgten für die Sittenreinheit der Familie nicht genügend. Während der ersten Jahrhunderte nach der Staatsgründung herrschten noch Zucht und Sitte. Je größer jedoch die Macht und der Wohlstand wurden, um so mehr lockerte sich das Familienleben. Th. Mommsen schildert in seinem Werk „Römische Geschichte“ (Bd. 3 Buch 5 Kap. XI), wie vornehmlich in den höheren Ständen Ehe- und Kinderlosigkeit immer weiter um sich griffen. Die Ehe galt als eine Last, die man höchstens im öffentlichen Interesse über sich nahm. Man erachtete es als Bürgerpflicht, die großen Ver-

mögen zusammenzuhalten und darum nicht zuviel Kinder zu zeugen. Vorbei waren die Zeiten, wo der Name proletarius (Kindererzeuger) für den Römer eine Ehrenbezeichnung war. Abtreibungen, Prostitution, Knabenliebe und Geschlechtskrankheiten waren gewohnte Erscheinungen. Den Geburtenrückgang konnte man auch durch die Lex Papia Poppaea (vom Jahre 9 n. Chr.), welche Vergünstigungen für die Kinderreichen anordnete, nicht beseitigen. „Die Römer, welche die Welt beherrschten, waren nicht mehr jene Römer, welche die Welt erobert." (Nossig.)

Ein Volk, von dem man hätte erwarten dürfen, daß es bestehen würde, solange es Menschen auf der Erde geben wird, scheint infolge des Mangels einer gesetzlich geregelten Geschlechtshygiene zugrunde[1]) gegangen zu sein.

Eine sozialmedizinische Einrichtung der Römer ist noch erwähnenswert. Es gab bei ihnen, wie auch bei den Ägyptern und Griechen, staatlich angestellte und besoldete Ärzte. Die servi publici waren mit der Behandlung von Sklaven betraut. Neben den archiatri palatini, den kaiserlichen Leibärzten, hatte man die archiatri populares, die Gemeindeärzte; 14 Bezirksarmenärzte, die den ärmeren Bürgern unentgeltlich Hilfe zu leisten hatten und deren Besoldung in Getreide bestand, wirkten in den verschiedenen Teilen der römischen Hauptstadt. Wie gut auch für die römischen Soldaten im Falle der Verletzung in der Schlacht gesorgt war, zeigt ein vortreffliches Relief an der Trajanssäule, das römische Ärzte auf einem Militärverbandsplatze beim Verbinden von verwundeten Kriegern zur Darstellung bringt (siehe S. 23).

Abb. 3.



Galenos stellt seinen Schülern einen Krüppel vor.
Miniatur in der aus dem 15 Jahrh. stammenden Dresdner Galenos-Handschrift.

Schließlich sei noch auf die Wirksamkeit von Galenos (geb. wahrscheinlich 129 n. Chr. in Pergamon), der in Rom ein gefeierter Arzt war, hingewiesen. Als Entdecker auf medizinischem Gebiet ist er wohl nicht so bedeutend, wie die Ärzte während des ganzen Mittelalters, denen er zum medizinischen Abgott wurde, gemeint haben; aber bleibend wird, wie Diepgen darlegt, sein Verdienst sein, „die gesamte Masse des Materials, welches am Ausgang der Antike der medizinischen Wissenschaft in ihren verschiedenen Schulen und Strömungen vorlag, gesammelt und aus ihr ein abschließendes Lehrgebäude

[1]) Gegenüber den Behauptungen, daß ein Volk aus diesem oder jenem Grunde untergegangen sei, ist die größte Vorsicht geboten. Hüppe (Handb. d. Hyg. von Weyl, 2. Aufl. Bd. IV S. 7) meint, daß durch die Wohnungsüberfüllung die Pest das athenische Volk dezimiert hat, und daß von da an Athen nicht mehr imstande war, seine Heere aus der eigenen Bevölkerung zu bilden. Hindhede („Die neue Ernährungslehre", Dresden 1922) behauptet, daß die Griechen wie auch die Römer geschlagen wurden, weil sie von der einfachen Kost zum üppigen Fleischgenuß übergegangen sind. — Ein Gymnasialdirektor teilte mir mit, daß er, obwohl er seit 30 Jahren danach forscht, was den Untergang der Griechen und Römer herbeigeführt hat, zu einer einwandfreien Erklärung der Tatsachen noch nicht gelangt ist.

errichtet zu haben, ein wissenschaftliches System, von dem er selbst glaubte, daß es für den Arzt restlos als Grundlage seines Handelns genügte".

b) Mittelalter und Beginn der Neuzeit.

Im Mittelalter wurde der Zusammenhang auch mit der gesundheitlichen Kultur des Altertums vielfach zerrissen. Ja, man hat dieser Zeit geradezu Mangel an hygienischem Verständnis vorgeworfen und von „Jahrhunderten der Finsternis" auch in gesundheitlicher Hinsicht gesprochen. Man machte das Christentum für diese Zustände verantwortlich, da es auf Grund der von ihm „geforderten Askese die Wertschätzung der Gesundheit und des irdischen Lebens zu verdrängen geeignet sei". Hygienische Mißgriffe, die in Verbindung mit der christlichen Kirche des Mittelalters stehen, sind wohl zu verzeichnen. Aber das Christentum hat mit seiner Predigt von der Menschenliebe[1]) zugleich auf die Gesundheitsverhältnisse einen ungemein segensreichen Einfluß ausgeübt; es sei nur an die im engen Bunde mit der Religion stehende Kranken- und Armenpflege, an die zahllosen wohltätigen Einrichtungen, besonders an die Gründung von Krankenhäusern, worauf wir sofort näher eingehen werden, erinnert.

Daß das Christentum die Pflege der Gesundheit als eine elementare natürliche Pflicht anerkannte, hat Walter deutlich gekennzeichnet. Nach diesem Forscher hat der Ausspruch des Apostels Paulus: „Niemand hat noch sein eigenes Fleisch gehaßt; sondern er hegt es und pflegt es" (Eph. 5, 29) die christliche Auffassung aller Zeiten widergespiegelt. Auch Thomas von Aquin hat ausdrücklich betont, daß der dem Christen zur Pflicht gemachte „Kampf gegen das Fleisch" keineswegs eine vernünftige Liebe des Leibes ausschließe.

Sodann sind bei der Beurteilung der sozialhygienischen Leistungen während des Mittelalters die damaligen allgemeinen Zeitumstände zu berücksichtigen. Hierzu äußert sich Walter:

„Daß das Mittelalter sich nicht zur Höhe moderner Sozialhygiene aufschwang, hat verschiedene zeitgeschichtliche Ursachen. Weder hatte die Hygiene als Wissenschaft sich soweit entwickelt — es mußte erst die Entwicklung der Naturwissenschaften vorausgehen —, noch war der Staat vorhanden, der Träger der Sozialhygiene hätte sein können; die damalige Staatsgewalt hatte nicht viel Einfluß auf das Gesundheitswesen. Endlich waren auch die Schädigungen der Gesundheit, die aus den sozialen Verhältnissen entsprangen, nicht so tiefgreifender Art wie in der Neuzeit; die soziale Differenzierung war nicht lediglich ein Unterschied des Besitzes, infolgedessen waren auch die Klassengegensätze nicht so schroff entwickelt."

Zu den bedeutungsvollsten Leistungen des Mittelalters auf sozialhygienischem Gebiete gehören die Spitäler. (Daß das ganze Altertum kein Krankenhaus besessen haben soll, wie Ratzinger meinte, trifft nach neueren Forschungen allerdings nicht zu.) Schon um die Mitte des 4. Jahrhunderts müssen die christlichen Spitäler eine große Rolle gespielt haben; denn sonst hätte, wie K. Baas schildert, Kaiser Julian, den die Kirche den Abtrünnigen genannt hat, seinem Oberpriester nicht den Befehl gegeben, in jeder Stadt ein Xenodochium, d. h. eine Heimstätte, einzurichten, „damit die Fremden unsere Humanität erfahren, und nicht die Unseren bloß, sondern jeder, der bedürftig ist".

Das älteste bis jetzt bekannte abendländische Spital dürfte die von dem Prokonsul Pammachius kurz vor 400 errichtete Anlage, von der 1860 in den Ruinen des alten Porto Romano (Ostia) die Überbleibsel entdeckt wurden, gewesen sein. Vereinzelt waren auch große Hospitäler schon im frühen

[1]) Im Matthäus-Evangelium Kap. 25 Vers 42—45 wird als Pflicht bezeichnet, Hungrige zu speisen, Durstige zu tränken, Nackte zu kleiden, Fremde zu beherbergen, Gefangene zu besuchen und Kranke zu pflegen.

Mittelalter vorhanden; das Hotel Dieu zu Paris wurde im 7. Jahrhundert gegründet. Man unterschied zwei Gruppen von Anstalten. Die einen, zumeist St. Georgs-Hospitäler genannt, waren für die Aufnahme von Aussätzigen bestimmt; es sollen im 13. Jahrhundert 19000 solche Leprosorien vorhanden gewesen sein. Daneben gab es die Heiliggeistspitäler, die als allgemeine Fürsorgeanstalten wirkten. Guy v. Montpellier gründete 1175 ein von ihm nach dem Hl. Geiste benanntes Spital mit einer Bruderschaft. Diese wurde 1198 vom Papst Innozenz III. bestätigt, und von da an entfaltete sich der Spitalsgedanke in weitem Umfange. Die auf die Gründung von solchen Anstalten gerichteten Bestrebungen waren auch in Deutschland, und namentlich in der Bodenseegegend, von großem Erfolg begleitet.

Über die mittelalterlichen Spitäler, insbesondere auch in der Bodenseegegend, unterrichten uns die noch heute zahlreich vorhandenen Urkunden, welche namentlich die Spital-

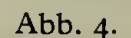


Abb. 4.



Der große Saal der Charité zu Paris.
Kupferstich von Abraham Bosse († 1678).

archive aufbewahren. So kennt man eine Hausordnung des Heiliggeistspitals zu Konstanz aus dem Jahre 1374 und eine Kostordnung des Heiliggeistspitals zu Pfullendorf ebenfalls aus dem 14. Jahrhundert. Besonders beachtenswert ist eine Anordnung des Pfullendorfer Spitals aus dem 13. Jahrhundert, wonach arme Wöchnerinnen sechs Wochen im Spital unentgeltlich verpflegt wurden.

Auch bildliche Darstellungen gewähren uns einen Einblick in die mittelalterliche Krankenhausbehandlung und -pflege. Hier sei besonders auf die Bilder von dem Heiliggeistspital zu Konstanz, von dem Spedale di S. Maria della Scala zu Siena, von dem Ospedale del Ceppo zu Pistoja und von dem großen Saal der Charité zu Paris hingewiesen.

Erwähnt werden muß hier sodann die auf tiefem Mitgefühl für die leidende Menschheit beruhende Wirksamkeit zahlreicher Korporationen und Orden, die sich neben anderen Werken der Barmherzigkeit der Krankenpflege im Spital oder im Privathause widmeten. Hier sind besonders die im Zusammenhang mit den Kreuzzügen stehenden Ritterorden, die Johanniter, Deutschritter, sowie die aus dem Bürgertum stammenden Vereinigungen, später namentlich die Barmherzigen Schwestern, anzuführen.

Die Behandlung in den mönchischen Spitälern erfolgte durch sogenannte Klerikerärzte. Nach K. Baas sind schon in dem aus dem Anfang des 9. Jahrhunderts stammenden Bruderschaftsbuch des auf der Bodenseeinsel Reichenau gegründeten Klosters die Namen von drei Ärzten angeführt. Das System der Laienärzte wurde durch die medizinische Schule von Salerno[1]), die wohl bereits im 10., sicher aber im 11. Jahrhundert bestand, in die richtigen Bahnen gelenkt. In ähnlicher Weise wirkte die medizinische Schule in Montpellier, die im 12. Jahrhundert in erfolgreichen Wettbewerb mit Salerno trat. Die wissenschaftliche Ausbildung der Ärzte wurde dann auch durch die Gründung von Universitäten, zu deren Fakultäten die Medizin gehörte, gefördert. Aber bei dem Tiefstand der Naturwissenschaften und bei dem Verbot, menschliche Leichen zu öffnen, wurden Fortschritte in der Heilkunde kaum erzielt. Neben den Ärzten, die anfangs sich auch mit der Herstellung der Arzneien befaßten, entwickelte sich der Apothekerstand. Bei den Ärzten unterschied man die Leib- und Hofärzte der weltlichen und geistlichen Fürsten von den Stadtärzten. Letztere waren die Berater der Städte auf dem gesamten Gebiete der öffentlichen Hygiene. Unter der Mitwirkung der Leibärzte entstanden die ersten Anfänge der neuen Gesundheitsgesetzgebung, allerdings zunächst nur in Gestalt der Medizinalordnungen. Bereits im Jahre 1140 hatte König Roger von Sizilien die Verordnung, daß nur staatlich geprüfte Ärzte praktizieren dürfen, erlassen. Friedrich II. verschärfte 1240 diese Vorschrift noch. Aber außerhalb Siziliens und insbesondere in Deutschland fand diese Einrichtung lange Zeit kaum Beachtung. Die erste deutsche Medizinalordnung[2]) wurde 1502 in Würzburg geschaffen.

Auch auf dem Gebiet des Nahrungsmittelverkehrs, wo sich zahllose Gesundheitsschädigungen und Fälschungen gezeigt hatten, wurden im Mittelalter Vorschriften erlassen. Die älteste Regelung dieser Art ist die der Stadt Soest vom Jahre 1120. Viele andere Städte, zunächst Lübeck 1160, folgten. Die erste Reichsmaßnahme[3]), die sich mit dem Lebensmittelverkehr befaßte, ist die „Peinliche Halsgerichtsordnung" Karls V. vom Jahre 1532, die infolge der in ihr enthaltenen schweren Strafandrohungen auf arge Mißstände zur damaligen Zeit schließen läßt.

Über den ausgedehnten Gebrauch von Bädern während des Mittelalters ist man durch zahlreiche Dokumente, insbesondere durch viele bildliche Darstellungen, darunter solche von Beham, Dürer (siehe S. 28), Amman, unterrichtet. Das öffentliche Badewesen artete aber infolge von Unsittlichkeit aus, und die hiermit im Zusammenhang stehende Verbreitung der Geschlechtskrankheiten beseitigte die einst blühenden hygienischen Maßnahmen, die erst nach Jahrhunderten wieder in anderer Gestalt entstanden.

[1]) Hier sei auch das salernische Regimen sanitatis erwähnt. Es ist dies eine viel beachtete und nachgeahmte Zusammenstellung von Regeln der persönlichen Gesundheitspflege. Viele dieser Schriften wurden in den Landessprachen verfaßt, um auch dem Laien verständlich zu sein. In französischer Sprache schrieb im 13. Jahrhundert Aldebrand von Siena, in deutschen Versen Freiburger Priester Heinrich von Louffenberg 1429.

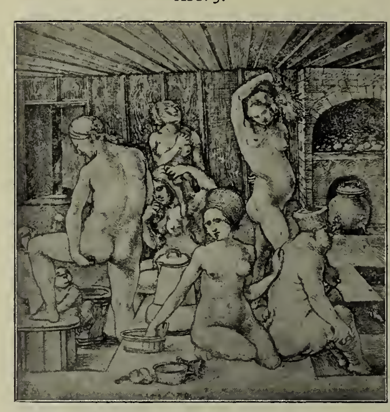
[2]) Horsch hat in seinem Buch „Versuch einer Topographie der Stadt Würzburg", 1805, den Wortlaut wiedergegeben.

[3]) A. Juckenack: „Die deutsche Lebensmittelgesetzgebung, ihre Entstehung, Entwicklung und künftige Aufgabe", Berlin 1921.

Weniger bekannt geworden sind gewerbehygienische Einrichtungen aus der Zeit des Mittelalters. Daß die Lage der Arbeiterbevölkerung damals wenigstens stellenweise, recht traurig war, kann man dem (etwa 1204 verfaßten) Epos „Iwein“ von Hartmann v. Aue, der die schlecht bezahlte Fronarbeit von Weberinnen schildert, entnehmen. Die interessanten, aus dem 14. Jahrhundert stammenden, auf die Wand eines Hauses zu Konstanz gemalten Fresken[1]), auf denen Weberinnen während und nach der Arbeit dargestellt sind, dürften jedoch zeigen, daß man bereits im Mittelalter hygienische Einrichtungen für die Arbeiterinnen geschaffen hat.

Vor der damals wichtigsten Frage des Gesundheitswesens, der Seuchenbekämpfung, stand man aber noch so gut wie ratlos. Nur gegenüber der Lepra wurde mit Erfolg die richtige Maßnahme, nämlich die dauernde Isolierung derjenigen, die nach genauer ärztlicher Untersuchung als krank befunden wurden, angewandt. Epidemien im Verein mit Hungersnot und Kriegen zerstörten den Volksbestand. Nach Angabe von Lammert belief sich Deutschlands Bevölkerungsziffer vor dem 30jährigen Kriege auf 16—17 Millionen; sie betrug aber nach Beendigung dieses Vernichtungskampfes nur noch 4 Millionen.

Abb. 5.



Frauenbad.
Federzeichnung in Bremen von Albrecht Dürer.

Wohl hatte die christliche Kirche mit dem Dekalog auch die Heiligung des wöchentlichen Ruhetages und die Reinhaltung der Ehe[2]) übernommen; aber eine tiefgreifende staatliche Gesundheitsgesetzgebung war im Mittelalter nicht vorhanden. Die mißlichen Verhältnisse des Staatswesens im allgemeinen und des Gesundheitswesens im besonderen veranlaßten einige Denker, die sich an Lykurg und Plato anlehnten, dazu, in Form von Dichtungen Vorschläge für die ideale Gestaltung einer Staats- und damit Hygienegesetzgebung zu veröffentlichen. Hier sind vor allem der 1480 geborene, 1535 enthauptete englische Staatskanzler Thomas Morus sowie der italienische Dominikanermönch Thomas Campanella (1568—1639) zu nennen.

In seinem Werk „Utopia“ fordert Morus[3]) zur Verhütung von Hungersnot, daß der Staat ständig mit Getreidevorräten für zwei Jahre versehen sei. Sodann schildert er, wie nach seiner Ansicht die ärztliche Behandlung der Kranken und Unheilbaren zu erfolgen hat. Vor allem aber befaßt er sich mit der Fortpflanzung und der Ehe: Personen beiderlei Geschlechts, die vor der Eheschließung geschlechtlich verkehren, werden von der Ehe ausgeschlossen und haben überdies schwere Strafen zu erwarten; ihre Eltern werden entehrt, weil sie die Kinder nicht hinreichend überwacht haben. Vor der Verheiratung zeigt eine ehrbare und gesetzte Frau dem Bräutigam die Verlobte im Zustande der völligen Nacktheit, und ein Mann von erprobter Rechtschaffenheit stellt der Braut ihren Verlobten nackt vor. Ehescheidung wird selten erlaubt. Ehebruch wird mit der härtesten Sklaverei, wiederholter Ehebruch mit dem Tode bestraft. (Siehe auch S. 179.)

---

[1]) Abbildungen bei A. Fischer: „Bilder zur mittelalterl. Kulturhyg.“, Karlsruhe 1923.
[2]) Siehe Korinther I Kap. 7, 1—12.
[3]) Morus: „Utopia“, übersetzt von H. Kothe, Reclams Univ.-Bibl. Nr. 513 und 514.

Campanella[1]), der von seinen Feinden für eine gefährlichere Schlange als Luther und Calvin erklärt wurde, will, wie seinem Werk „Der Sonnenstaat" zu entnehmen ist, die Fortpflanzung in folgender Weise gestaltet wissen: Da bei den gymnastischen Spielen und Übungen auf dem Ringkampfplatze Männer und Frauen, nach der Art der alten Spartaner, völlig nackt sind, erkennen die staatlichen Aufsichtspersonen, wer zeugungsfähig ist, und welche Männer und Frauen ihrem Gliederbau nach am besten zusammenpassen. Der Beischlaf hat nach vorgeschriebener körperlicher und geistiger Vorbereitung zu einer Stunde, die der Arzt und der Astrolog bestimmen, zu erfolgen. Bleibt eine Frau in einer bestimmten Ehe unfruchtbar, so wird sie mit einem anderen Mann verbunden; bleibt sie auch dann unfruchtbar, so wird sie Gemeingut der Männer. Alles, was die Nachkommenschaft angeht, ist im Hinblick auf das Staatswohl, nicht mit Rücksicht auf den einzelnen zu regeln, da der Nachwuchs in erster Linie den Staat, die Privatperson aber nur, insofern sie ein Glied des Staates ist, angeht.

c) 17. und 18. Jahrhundert.

Um für die Hygiene eine wissenschaftliche Grundlage zu schaffen, mußte zuvor die Medizin in andere Bahnen gelenkt werden. Da galt es vor allem, die Heilkunde von dem Glauben an die Autorität Galens zu befreien. Hierzu waren namentlich anatomische

Abb. 6.

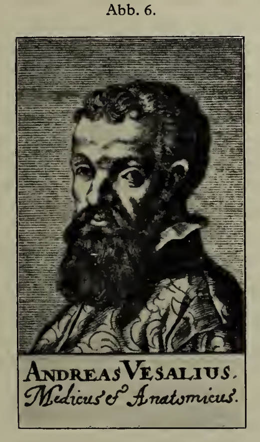


Abb. 7.



Aus: Pauli Freheri Theatrum virorum eruditione clarorum, 1588.

Forschungen an menschlichen Leichen erforderlich. Anfänge hierfür boten die Arbeiten mancher Forscher, unter denen diejenigen des Anatomen Marco Antonio della Torre und seines Mitarbeiters, des Malers Leonardo da Vinci, dessen Beispiel auch Dürer folgte, erwähnt seien. Aber bahnbrechend wirkte gegenüber Galen erst Andreas Vesalius mit seinem 1543 erschienenen Werke „De corporis humani fabrica". Den Bruch mit den Überlieferungen Galens vollzog von der Seite der Pathologie her der 1493 in Einsiedeln geborene Theophrastus Paracelsus (Bombast v. Hohenheim). Im 17. und 18. Jahrhundert führten dann insbesondere die Entdeckung des Blutkreislaufs durch Harvey (1628) sowie zahlreiche mikroskopische, chemische, physikalische Feststellungen,

[1]) Campanella: „Civitas solis", übersetzt von Wessely, München 1900.

die von Sydenham, Friedrich Hoffmann, Stahl, Boerhave, Haller in Verbindung mit der praktischen Medizin gebracht wurden, zu wesentlichen Fortschritten in der Heilkunde. Aber obwohl die Ärzte[1]) jener Zeit sich eifrig mit der individuellen Hygiene, die man damals zumeist Diätetik[2]) nannte, befaßten — als ein Werk von unvergänglichem Werte aus jener Zeit sei die 1796 erschienene „Makrobiotik" von Hufeland angeführt —, blieb die öffentliche Hygiene vernachlässigt.

Zu den wenigen, die sich auch mit den Einflüssen der Umwelt auf die Gesundheitszustände beschäftigten, gehört vor allem Bernardino Ramazzini (1633—1714), dem man den Titel „Vater der Gewerbehygiene" verliehen hat. Als er eines Tages die Abtrittfeger in seinem Hause bei ihrer gefährlichen Arbeit sah, dachte er über Mittel nach, den Zustand dieser Leute weniger beklagenswert zu gestalten. Dies war der Ausgang seiner Forschungen, deren Ergebnisse er in dem Werk „De morbis artificum diatriba" veröffentlichte. In dem Buch werden die Krankheiten zahlreicher Berufsarten, soweit diese Leiden mit der besonderen Erwerbsarbeit zusammenhängen, eingehend geschildert. Diese bahnbrechende Arbeit, die 25 Auflagen erlebte und in alle Kultursprachen übersetzt wurde, war, wie Kölsch[3]) sich äußerte, bis 1845 in Deutschland das Lehrbuch der Berufskrankheiten.

Abb. 8.



Bernardino Ramazzini.
Kupferstich von Sysang.

Im Jahre 1535 schrieb der obengenannte Paracelsus eine auf langjährigen Beobachtungen beruhende Arbeit über die „Bergsucht". Dies Buch sollte allein genügt haben, seinen Verfasser unsterblich zu machen, meint Sudhoff[4]); doch es war seiner Zeit zu weit voraus und wurde auch erst 1567 zum ersten Male in Druck gelegt, ein Vierteljahrhundert nach dem Tode des Autors. Erwähnt

[1]) Siehe: Gerster: „Zur Geschichte der Iatrohygiene", Wiener med. Wochenschr. 1904 S. 739ff. Hier wird besonders auf „Die Greuel der Verwüstung des menschlichen Geschlechts" von Hippolitus Guarinonius, Stadtarzt in Hall (Tirol), Ingolstadt 1610, hingewiesen.

[2]) Statt Diätetik verwandte man auch die Bezeichnungen Hygiastik sowie Eubiotik. In dem Artikel „Diätetik" der Allg. Encyclop. d. Wissensch. u. Künste, herausgegeben von Ersch u. Gruber, Leipzig 1833, werden die „Hygiastik" von Wildberg, 1818 und das „Handbuch der Kriegshygieine" von Hempel, 1822 genannt. Der Ausdruck „Hygiene" muß damals bereits im Gebrauch gewesen sein. Später benutzte man aber in Deutschland allgemein (Oesterlen, E. Reich, die „Deutsch. Vierteljahrschr. f. öffentl. Gesundheitspflege" u. a. m.) das Wort „Hygieine", bis sich Pettenkofer für die Bezeichnung „Hygiene" in der „außerordentl. Beilage zur Augsburger Allg. Zeitung" vom 5. Dezbr. 1877 einsetzte; er wies auf die Wortbildung in England, Frankreich und Italien sowie darauf hin, daß nach dem Fremdwörterbuch von Oertel in früheren Jahrzehnten der Name „Hygiene" üblich war. In der 1804 erschienenen 1. Auflage dieses Fremdwörterbuches findet man tatsächlich „Hygiene" als Übersetzung von ὑγιεινή (τέχνη). — Den Ausdruck „soziale Hygiene" dürfte als erster 1870 Ed. Reich, der von sozialer sowie von moralischer und physischer Hygieine sprach, benutzt haben. Pettenkofer bediente sich 1882 des Namens „soziale Hygiene", L. v. Stein ebenfalls 1882.

[3]) Franz Kölsch: „Bernardino Ramazzini", Stuttgart 1912.

[4]) J. L. Pagel: „Einführung in die Geschichte der Medizin", 2. Auflage, umgearbeitet von K. Sudhoff, Berlin 1915.

sei ferner, daß Samuel Stockhausen 1556 in Goslar ein Büchlein über Bleikrankheit (nach Lehmann[1]) das erste dieser Art) veröffentlicht hat. Martin Pansa hat 1614 in Annaberg (Sachsen) eine Schrift über Berg- und Hüttensucht, in der auch sonstige Berufskrankheiten erörtert werden, herausgegeben; diese Arbeit erschien, nach Thiele[2]), 1681 in 2. Auflage. Eine nachhaltige Wirkung ist diesen Veröffentlichungen aber offenbar nicht beschieden gewesen.

Im 17. Jahrhundert wurde für die Statistik[3]) eine wissenschaftliche Methode geschaffen, was auch für die Entwicklung der sozialen Hygiene von grundlegender Bedeutung wurde. Der Kleinhändler und Musiklehrer John Graunt überreichte im Jahre 1662 der Royal Society eine Schrift, in welcher er seine auf die seit 1603 angefertigten Geburts- und Sterbelisten Londons gestützten Beobachtungen bekanntgab. Graunt stellte schon das zahlenmäßige Überwiegen der Knabengeburten fest, wies darauf hin, daß die Sterblichkeit in London größer als im übrigen Lande ist, und fertigte bereits eine Absterbeordnung an. Seine Arbeiten führte sein Freund, der Arzt Patty, fort. Hier schließt sich dann die Tätigkeit des Astronomen Halley an, der, mit Hilfe der ihm von dem Probst K. Neumann gesandten die Jahre 1687—91 betreffenden Sterbelisten von Breslau, 1693 eine Absterbeordnung als Grundlage für eine Lebensversicherung herausgab. In Deutschland wurde die bevölkerungsstatistische Forschung erst in der Mitte des 18. Jahrhunderts gepflegt. Der Berliner Oberkonsistorialrat Joh. Peter Süßmilch veröffentlichte 1741 sein Buch „Die göttliche Ordnung in den Veränderungen des menschlichen Geschlechts", worin er, gestützt auf einen Zahlenstoff von 1068 Dörfern und auf den Vergleich seiner Statistiken mit den Ergebnissen aus den größeren Städten des In- und Auslandes, die Regelmäßigkeiten der Bevölkerungsbewegung in den mitteleuropäischen Staaten darlegte. Süßmilch erkannte bereits das Gesetz der großen Zahlen. Seinem Wirken ist es zu verdanken, daß die Regierungen auf die Bedeutung ziffernmäßiger Erhebungen hingewiesen wurden, und daß insbesondere Friedrich der Große die Bevölkerungsstatistik tatkräftig förderte. Als Theologe suchte Süßmilch aus der Statistik Belege für das Walten einer Vorsehung zu gewinnen und leitete „die wahre Politik und Klugheit in der Regierungskunst aus dem ersten Grundgesetz und Befehl des Schöpfers: Seid fruchtbar und mehret euch und erfüllet die Erde" her. Zu dem entgegengesetzten Schlusse gelangte der englische Nationalökonom Thom. Rob. Malthus in der 1798 erschienenen Schrift „An essay on the principle of population", worin er nachzuweisen suchte, daß die Bevölkerung die Tendenz habe, sich in geometrischer Progression zu vermehren, während die Nahrungsmittelvorräte nur in arithmetrischer Progression zunehmen. Das Schrifttum[4]) für und gegen den Malthusianismus ist ungeheuer groß und noch jetzt nicht zum Ende gelangt.

Im 18. Jahrhundert schuf man in vielen deutschen Staaten Medizinalordnungen, durch welche die Angelegenheiten des Ärztestandes, der Apotheker, Hebammen und des unteren Heilpersonals geregelt wurden. In Preußen, wo bereits durch das Edikt des Großen Kurfürsten vom Jahre 1685 eine Grundlage vorhanden war, wurde im Jahre 1725 ein Medizinaledikt erlassen. Diesem Vorbild folgten Bayern 1735, Braunschweig 1747, Württemberg 1782 u. a. m. Auf die badische Medizinalordnung kommen wir noch zu sprechen. Baldinger hat sich über die damaligen Medizinalverfassungen kritisch geäußert; in seiner 1782 erschienenen Schrift[5]) findet man neben vielen anderen beachtens-

[1]) K. B. Lehmann: „Kurzes Lehrbuch der Arbeits- und Gewerbehygiene", Leipzig 1919.
[2]) A. Thiele: „Martin Pansa, Sachsens ältester ‚Gewerbearzt', Öff. Gesundheitspfl. 1921 H. 10.
[3]) A. Hesse: Siehe Literatur S. 16 Ziffer 5.
[4]) Vgl. A. Elster: „Sozialbiologie", Berlin 1923 S. 105 ff.
[5]) C. G. Baldinger: „Über Medizinalverfassung", Offenbach 1782.

werten Aussprüchen folgende Sätze: „Die Arzneiwissenschaft, wenigstens ein großer Teil derselben ist Staatswissenschaft. — Ihr Gegenstand ist Bevölkerung — Vermehrung der Anzahl der Menschen und ihre Erhaltung.“ In diesem Sinne ist auch der bekannte Satz des jungen R. Virchow: „Politik ist weiter nichts als Medizin im großen“ aufzufassen.

Im Zusammenhang mit den Medizinaledikten steht noch eine andere bedeutungsvolle Maßnahme aus der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. Im Jahre 1751 veröffentlichte der Frankfurter Arzt Burggrav, in Anlehnung an eine obenerwähnte Schrift von Hippokrates, ein Büchlein „De aëre, aquis et locis urbis Francofurtanae“. Ob Jaegerschmid[1]), der Physikus des einstigen badischen Oberamtes Rötteln, hiervon Kenntnis hatte, vermochte ich nicht festzustellen; aber gewiß ist, daß er im Jahre 1760 eine jedes Dorf dieses Bezirks berücksichtigende Beschreibung der dortigen gesundheitlichen Zustände verfaßt hat. Sein Landesfürst, der damalige Markgraf Carl Friedrich von Baden, forderte dann in einem Erlaß vom Jahre 1767 seine sämtlichen Oberämter auf, nach diesem Vorbilde Untersuchungen durchzuführen und entsprechende Beschreibungen einzusenden; hierfür wurden 27 meist die physikalische Beschaffenheit des jeweiligen Ortes betreffende, zum Teil recht weitschweifige Fragen vorgelegt, darunter aber auch folgende: „Welche Lebensart derer Einwohnerschaft in Absicht auf die Gesundheit daselbst eingeführt?“ Es ist unzweifelhaft, daß diese Frage sich gewissermaßen auf sämtliche kulturhygienische Gegenstände bezieht. J. P. Frank, auf den wir sogleich näher zu reden kommen, hat die große Bedeutung dieser medizinischen Ortsbeschreibungen erkannt; denn in seiner 1778 verfaßten „Medicinischen Polizey“ schrieb er: „Man lasse durch menschenfreundliche Ärzte die Natur, Lage und Beschaffenheit des geringsten Dörfchens, dessen Krankheiten nebst Ursachen davon mit einer peinlichen Genauigkeit nachsuchen, das Verhältnis der Geschlechter, der verschiedenen Menschenklassen, jenes der Geburten zu den Todesfällen berechnen und so über jeden Distrikt eine Art von besonderer Geographie[2]) verfertigen.“ Dieser Aufforderung wurde dann in einigen Städten entsprochen.

Im „Archiv der praktischen Arzneykunst“ erschien 1786, ohne Angabe des Verfassers, eine sehr beachtenswerte „Medicinische Topographie von Königsberg“, Formey veröffentlichte 1796 ein stattliches Buch „Versuch einer medizinischen Topographie von Berlin“, Horsch 1805 „Versuch einer Topographie der Stadt Würzburg in Beziehung auf den allgemeinen Gesundheitszustand und die dahin zielenden Anstalten“ und Wertheim 1810 „Versuch einer medizinischen Topographie von Wien“. (Auf weitere derartige Arbeiten kommen wir unten noch zurück.)

Wie wir gezeigt haben, suchte man im 17. und 18. Jahrhundert von verschiedenen Seiten her das öffentliche Gesundheitswesen zu fördern. Erforderlich war nun aber vor allem eine wissenschaftliche Bearbeitung dieses Gebietes in seinem ganzen Umfange. Diese Großtat hat der 1745 zu Rodalben[3]) geborene Johann Peter Frank[4]) vollbracht.

---

[1]) Siehe A. Fischer: „Medizinische Topographien, ihre Geschichte und ihre Bedeutung für die soziale Hygiene“, Sozialhyg. Mitteil. 1924 Heft 1 und 2.

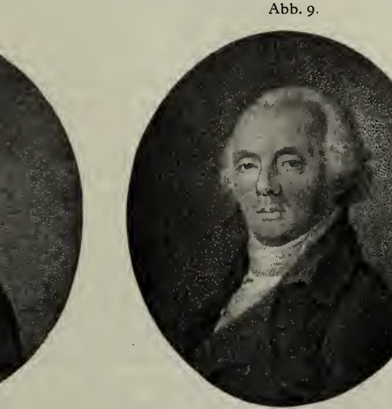
[2]) Hingewiesen sei hier auf L. L. Finkes „Versuch einer allgemeinen medizinisch-praktischen Geographie“, 3 Bände, Leipzig 1792 bezw. 1795. Erwähnt sei auch, daß, offenbar unabhängig von Jaegerschmid und Frank, Lentin 1779 die „Memorabilia circa aërem, vitae genus, sanitatem et morbos Clausthaliensium“ in Göttingen veröffentlichte.

[3]) Das jetzt in der Pfalz liegende Rodalben gehörte damals zu Baden.

[4]) Siehe K. Doll: „Johann Peter Frank, der Begründer der öffentlichen Hygiene als Wissenschaft“, Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 2; K. E. F. Schmitz: „Die Bedeutung J. P. Franks für die Entwickl. d. sozialen Hygiene“, Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw. 1917, Berlin Bd. 6 Heft 7; W. Wiegand: „Die rassenhygienischen Anschauungen J. P. Franks“, Arch. f Rassen- und Gesellschafts-Biologie 1923 Bd. 14 Heft 4.

Nachdem Frank in mehreren badischen Städten als Arzt gewirkt hatte, wurde er Leibarzt des Bischofs von Speyer, der in Bruchsal residierte. Von hier veröffentlichte er 1779 den ersten Band von seinem „System einer vollständigen medizinischen Polizey". Das Werk, das in deutscher Sprache geschrieben ist — Frank wollte sich „jedermann verständlich machen" —, besteht aus sechs Bänden und zwei Ergänzungsbänden. Er arbeitete daran gewissermaßen sein ganzes Leben lang, da der letzte Teil erst 1819 (zwei Jahre vor seinem Tode) in Wien erschien. Frank wurde zunächst nach Göttingen als Professor der Medizin berufen, dann nach Pavia und Wien. Er gehörte zu den berühmtesten Klinikern seiner Zeit, und dies hat gewiß dazu beigetragen, daß sein Werk, in dem er alle Fragen der öffentlichen, insbesondere auch der sozialen Hygiene ausführlich behandelte, in ärztlichen Kreisen die größte Beachtung fand. Aber auf die Staatsregierungen übte Frank keinen Einfluß aus, obwohl er gerade einen praktischen Zweck verfolgte. Baldinger äußerte hierzu, daß das „System der medizinischen Polizey" für Fürsten lesbar sei und sich den Thronen nähern dürfe; es habe „nur den einzigen Fehler, daß es deutsch und nicht französisch geschrieben ist — sonst würden es mehrere Fürsten gelesen haben".

Abb 10. Abb. 9.



Franz Anton Mai.
Gemalt von Tischbein, gestochen von Karcher.

Johann Peter Frank.
Gemalt von Schmid, gestochen von Rahl.

Einen anderen Weg als Frank schlug sein Freund, der Heidelberger Arzt und Universitätsprofessor Franz Anton Mai (1742—1814), ein. Nicht ein Lehrbuch, sondern eine durchführbare umfassende Hygienegesetzgebung[1]) wollte er schaffen.

Den „Entwurf[2]) einer Gesetzgebung über die wichtigsten Gegenstände der medizinischen Polizey als Beitrag zu einem neuen Landrecht in der Pfalz" überreichte er im Jahre 1800 seinem Landesfürsten, der das Werk von den zuständigen Körperschaften prüfen ließ. Obwohl die Urteile glänzend ausfielen, wurde der Gesetzentwurf infolge der damaligen außenpolitischen Zustände nicht verwirklicht. Mai machte zum Teil noch heute vorbildliche Vorschläge für alle Zweige des sozialen Gesundheitswesens, insbesondere für das Gebiet der Rassehygiene und der Leibesübungen; besonders hervorzuheben ist auch seine Forderung, daß in den „Haupt- und Oberamtsstädten die herrschaftlichen Speicher bei fruchtbaren Jahren immerhin, wenigstens auf zwei volle Jahre, mit allen Gattungen des besten Getreides in hinreichender Menge angefüllt seien, damit bei eintretenden Fehljahren den Untertanen sowohl zur Aussaat als zu ihrer eigenen Konsumtion das erforderliche Quantum in einem billigen Preis könne abgereicht werden".

[1]) Dies Werk erschien 1802 ohne den Namen des Verfassers.

[2]) Die Handschrift nebst dazugehörenden Akten befindet sich auf dem Generallandesarchiv zu Karlsruhe. Siehe A. Fischer: „Ein sozialhygienischer Gesetzentwurf aus dem Jahre 1800, ein Vorbild für die Gegenwart", Berlin 1913.

Schließlich sind aus dem 18. Jahrhundert noch zwei Ereignisse, die für das Gesundheitswesen des 19. Jahrhunderts und der Gegenwart von größter praktischer Bedeutung wurden, zu erwähnen: 1. Die wissenschaftliche Begründung der Schutzpockenimpfung durch den Engländer Jenner am 14. Mai 1796. 2. Die Veröffentlichung der Schrift „Gymnastik für die Jugend" durch J. Chr. Fr. Guts Muths im Jahre 1793. Hierauf kommen wir noch in den Abschnitten „Infektionskrankheiten" und „Leibesübungen" zurück.

d) Vom Beginn des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart.

Die am Ende des 18. Jahrhunderts von Frank und Mai veröffentlichten Werke erweckten die Hoffnung, daß das 19. Jahrhundert schon in seinen ersten Jahrzehnten zu einer wirkungsvollen Gesundheitsgesetzgebung führen würde. In Deutschland war jedoch hiervon nichts zu beobachten. Baden gab zwar 1806 eine Medizinalordnung heraus; aber von dem Geiste Franks oder Mais war kaum ein Hauch darin zu verspüren. Hervorzuheben ist nur die in der badischen Ordnung enthaltene Vorschrift, daß die Bezirksärzte in gewissen Zeitabständen medizinische Topographien[1]), in denen auch über Lebensart und Gebräuche der Bevölkerung zu berichten ist, einzusenden hatten. Allerdings sind dieser Aufforderung, die in späteren Jahren vielfach, stets aber vergeblich, wiederholt wurde, nur wenige von den Amtsärzten gefolgt, was bei der Überlastung mit Berufspflichten nicht verwunderlich war. Immerhin befinden sich auf dem Generallandesarchiv zu Karlsruhe die Handschriften solcher Topographien aus einigen Amtsbezirken; veröffentlicht haben medizinische Ortsbeschreibungen J. C. Roller 1811 von Pforzheim und P. S. Schneider 1817 von Ettlingen. Aber die „Medicinische Polizey" von Frank war den späteren Ärztegenerationen kaum mehr dem Namen nach bekannt, der Gesetzentwurf von Mai geriet in völlige Vergessenheit. Die furchtbare Hungersnot, die 1816/17 in ganz Süddeutschland und vor allem auch in Baden wütete, hätte in ihren Wirkungen zum mindesten erheblich eingeschränkt werden können, wenn man dem Rat von Mai, Getreide für zwei Jahre vorrätig zu halten, gefolgt wäre.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts sind besonders zwei Tatsachen von größter Bedeutung für das Gesundheitswesen geworden. Erstens ist hier anzuführen, daß die Naturwissenschaften große Fortschritte erzielten, und daß hierdurch auch die Heilkunde und Hygiene gefördert wurden. Sodann ist zu betonen, daß sich zugleich in dieser Zeit, die man auch das Maschinenzeitalter nennt, das Wirtschaftsleben, die Arbeitsart und Lebenssitten völlig umgestaltet haben. Eine neue Kultur entstand; aber sie kam vielfach nur einer kleinen Minderheit zugute. Die sozialen und wirtschaftlichen Gegensätze vergrößerten sich; gegenüber einer geringen Zahl von Reichen und dem etwas breiteren Mittelstand bildete sich die gewaltige Volksmassen umgreifende Klasse der Proletarier, die nichts als ihre Arbeitskraft und eine große Zahl zu ernährender Kinder ihr eigen nennen. Mit zunehmendem Industrialismus wanderten immer umfangreichere Schichten, die auf dem Lande ihr Auskommen nicht mehr finden konnten, in die Städte. Diese starke Menschenzusammenballung in den Industrieorten, die darauf nicht vorbereitet waren und nicht genug einwandfreie Wohnungen besaßen, stellte eine ungeheure Gefahr namentlich

---

[1]) Auch in Preußen wurden von den Amtsärzten medizinische Topographien angefordert (siehe: L. v. Rönne und H. Simon: „Das Medizinalwesen des Preußischen Staates", Breslau 1844). Aber auch dieser Forderung wurde offenbar nicht hinreichend entsprochen, wie S. Neumann in seiner auf S. 35 genannten Schrift mitteilt.

beim Auftreten einer Epidemie dar. Und den Seuchen, insbesondere der häufig erschienenen Cholera, stand man noch so gut wie machtlos gegenüber.

In England, von wo der Industrialismus ausging, zeigten sich zuerst die hygienischen Mißstände, die das neue Wirtschaftsleben verursacht hatte. Mit Entsetzen liest man von den Gesundheitsverhältnissen der englischen Kinder, die zu Beginn des 19. Jahrhunderts für einen erbärmlichen Lohn überlange Arbeitszeiten hindurch Frondienste in Fabriken verrichten mußten, während ihre Arbeitgeber immer reicher wurden. Auf Betreiben des Board of health wurde daher bereits 1802 das erste englische Fabrikgesetz, das den bemerkenswerten Namen „The Moral and Health Act" führte, geschaffen. Es war in seiner ersten Gestalt wirkungslos, wurde aber, nachdem es in der Zeit von 1819 bis 1831 mehrfach verbessert worden ist, zum Vorbild für die Arbeiterschutzgesetze in allen Kulturstaaten. England führte bereits durch ein Gesetz vom Jahre 1833 auch die Fabrikinspektion ein. Im Jahre 1836 schuf man, veranlaßt durch die Mißstände, welche die Übervölkerung in den Städten gemeinsam mit der besonders heftigen Choleraepidemie vom Jahre 1831 erzeugte, eine statistische Zentralbehörde (The Registrar General of Births, Deaths and Marriages). Im Anschluß hieran entstanden in England all die zahlreichen Maßnahmen auf dem Gebiete der Städtereinigung, die Bauordnung, Versorgung mit einwandfreiem Trinkwasser, Reinhaltung des Bodens, Beseitigung der Abfallstoffe usw., bis es zu dem umfassenden Gesetz Public Health Act vom Jahre 1848, welches noch heute die Grundlage der englischen Gesundheitsgesetzgebung bildet, kam. Hervorgehoben muß ferner werden, daß im Zusammenhang mit der industriellen Entwicklung die Genossenschaften und Gewerkschaften und die ebenfalls auf Selbsthilfe beruhenden Krankenkassen, deren Anfänge sogar bis in das 18. Jahrhundert zurückreichen, gegründet wurden.

Auch in Frankreich trachtete man schon zu Beginn des 19. Jahrhunderts danach, mit staatlichen Maßnahmen das Gesundheitswesen zu verbessern. Im Jahre 1822 wurde der Conseil supérieur de santé publique geschaffen; aus ihm bildete sich im Jahre 1851 das Comité consultatif d'hygiène publique.

In den deutschen Staaten sind während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts weder wirkungsvolle Gesundheitsgesetzgebungen noch sonstige großzügige Maßnahmen zu bemerken, obwohl es auch hier weder an den durch den Industrialismus und die Großstadtbildung verursachten Mißständen noch an mannigfaltigen Epidemien fehlte. Erst um das Jahr 1848 herum entstanden Bewegungen, welche die Gesundheitszustände neuzugestalten sich bemühten. Diese Bestrebungen sind aufs engste mit dem Wirken des damals noch jungen Berliner Arztes S. Neumann und des ihm befreundeten, damals 27jährigen Rudolf Virchow verbunden.

Neumann gab im Jahre 1847 die Schrift „Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigenthum" heraus. Hier findet man u. a. folgende vortrefflichen Darlegungen: „Daß der Gesundheitszustand unserer heutigen Gesellschaft in der Tat auf eine unnatürliche Weise alteriert ist, daß der größte Teil der Krankheiten, welche entweder den vollen Lebensgenuß stören oder gar einen beträchtlichen Teil der Menschen vor dem natürlichen Ziel dahinraffen, nicht auf natürlichen, sondern auf künstlich erzeugten gesellschaftlichen Verhältnissen beruhe, bedarf gar keines Beweises." Im Zusammenhang hiermit betont er: „Die medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft." Aber auch schon ähnliche Forderungen wie das Recht auf Gesundheit wurden von ihm erwogen: „Haben aber die Besitzlosen, die ausgeschlossen von allen Rechten, belastet mit allen Pflichten, nicht einen ganz besonderen Anspruch auf den Schutz ihrer Gesundheit?"

Als im Jahre 1848 in Oberschlesien eine Hungertyphusepidemie herrschte, erhielt Virchow, damals Prosektor an der Charité zu Berlin, von dem Kultusminister den Auftrag, die Seuche zu stu-

dieren. In seinem Bericht[1]) schildert er den Zusammenhang der Krankheit mit den sozialen Mißständen und hält hierbei der Regierung ihre Unterlassungssünden vor. Als Vorbeugungsmittel führt er an: „Bildung mit ihren Töchtern Freiheit und Wohlstand". Er ist sich zwar der Schwierigkeit bei der Lösung der sozialen Aufgaben bewußt, aber er ist der Ansicht, „daß die Gesetzgebung und die Regierung die Verpflichtung haben, vernünftige Einrichtungen einzuleiten, welche den Verkehr erleichtern, durch Vermehrung der Zirkulation des Geldes das Einkommen der einzelnen zu steigern und dem Arbeiter nicht bloß die Existenz, sondern auch die Möglichkeit, durch Arbeit seine Existenz selbst zu begründen, verbürgen. Eine vernünftige Staatsverfassung muß das Recht des einzelnen auf eine gesundheitsgemäße Existenz unzweifelhaft feststellen". Um einem so hohen Ziel näher zu kommen, schuf er, zusammen mit R. Leubuscher und unter Mitarbeit von S. Neumann, die „Medicinische Reform", die am 10. Juli 1848 zum erstenmal erschien; in der von Virchow verfaßten Einleitung findet man den berühmten Satz: „Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion." In der Nummer vom 25. August liest man: „Epidemien gleichen großen Warnungstafeln, an denen der Staatsmann von großem Stil lesen kann, daß in dem Entwicklungsgange seines Volkes eine Störung eingetreten ist, welche selbst eine sorglose Politik nicht länger übersehen darf." Virchow sah aber schnell ein, daß für seine Gesundheitspolitik die Zeit noch nicht reif war; darum stellte seine Wochenschrift bereits am 29. Juni 1849 ihr Erscheinen ein.

Auffallend ist, daß bei den sozialhygienischen Bestrebungen Neumanns, Virchows und anderer Männer, die um die Mitte des 19. Jahrhunderts wirkten, die Namen von Frank und Mai niemals erwähnt wurden. Und so wie diese Vorkämpfer aus dem 18. Jahrhundert rasch vergessen wurden, so blieben auch die sozialhygienischen Arbeiten der Männer von 1848 Jahrzehnte hindurch unbeachtet, bis die Sozialhygieniker des 20. Jahrhunderts wieder bei allen diesen Bahnbrechern anknüpften, so daß das Goethewort nun für sie zutrifft:

Was in der Zeiten Bildersaal
Jemals ist trefflich gewesen,
Das wird immer einer einmal
Wieder auffrischen und lesen.

Mit dem Beginn der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts setzt der gewaltige Aufschwung der wissenschaftlichen Hygiene ein. Von den verschiedensten Seiten her wurden die Hilfsmittel herbeigetragen. Die namentlich auf Physik, Chemie und pathologische Anatomie aufgebaute Heilkunde entwickelte sich immer mehr; sie wurde zur angewandten Naturwissenschaft. Besonders wichtig aber waren die Erfolge bei der Erforschung der ansteckenden Krankheiten.[2])

Henle arbeitete schon 1839 die parasitäre Theorie der Infektionskrankheiten aus. Semmelweis stellte 1847 fest, daß das Wochenbettfieber die Folge einer Vergiftung der Wunde durch Berührung mit den von außen eingeführten Stoffen ist. Pollender, Brauell und Davaine entdeckten unabhängig voneinander im Jahre 1849 bezw. 1850 den Milzbrandpilz. Pasteur wies 1862 nach, daß Fäulnis und Gärung an das Leben und Wachstum von Hefezellen gebunden sind, und daß die einzelnen Gärungsformen jeweils von spezifischen Erregern hervorgerufen werden.

Der Siegeslauf der Bakteriologie setzte mit Macht ein, als es Robert Koch, dem damaligen Kreisphysikus in Wollstein (Provinz Posen), im Jahre 1878 gelungen war, den spezifischen Krankheitserreger, zunächst des Milzbrandes[3]), in Reinkultur zu züchten und durch Impfung mit einer solchen Kultur die betreffende Krankheit zu erzeugen. Weitere Entdeckungen folgten, die des Erregers der Tuberkulose (1882 durch Koch), der Diphtherie (1884 durch J. Löffler), der Gonorrhöe (1879 durch Neisser), des Typhus (1881 durch Gaffky), der Cholera (1883 durch Koch), der Syphilis (1905 durch Schaudinn) und andere mehr.

[1]) Siehe „Arch. f. patholog. Anatomie u. Physiologie u. f. klin. Medizin" Bd. 2.

[2]) Vgl. Rudolf Abel: „Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Lehre von der Infektion, Immunität und Prophylaxe", Handb. d. pathogenen Mikroorganismen 2. Aufl. Bd. 1, Jena 1911. Hier wird u. a. dargelegt, daß Athanasius Kircher der erste war, der, bereits 1658, ein contagium vivum im Körper (mit seinem noch sehr einfachen Mikroskop) zu sehen gemeint hat.

[3]) Siehe die Fußnote 3 S. 362.

In derselben Zeit stellten Liebig, Pettenkofer, Voit u. a. die Grundsätze der menschlichen Ernährung fest. Die Bedeutung des Grundwassers für die Entstehung von Epidemien suchten Pettenkofer und Emmerich zu erforschen.

Im Verhältnis zu den experimentellen Forschungen fanden die gesundheitsstatistischen Arbeiten des Berliner Arztes J. L. Casper[1]), des Heidelberger Professors der Medizin Oesterlen[2]) oder des Nationalökonomen Conrad[3]) nur geringe Beachtung.

Die Freude über die Entdeckungen, besonders auf bakteriologischem Gebiet, war durchaus gerechtfertigt; aber man hätte weder die Bedeutung der Mikroben[4]) für die Entstehung der ansteckenden Krankheiten überschätzen noch in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten allein die wesentlichen Aufgaben der Hygiene erblicken dürfen. Virchow betonte bereits 1880 gegenüber den orthodoxen Bakteriologen mit vollem Recht die Bedeutung des Organismus für die Entstehung der Krankheit auf das nachdrücklichste; im Anschluß hieran legten Hüppe, Liebreich und Gottstein die Wichtigkeit der Krankheitsanlage dar. Und daß es außer dem Kampf gegen die Infektionskrankheiten noch viele andere große Aufgaben, die auf dem Gebiete des sozialen Gesundheitswesens und der Rassehygiene lagen, gab, dessen wurde man sich erst viel später wieder deutlich bewußt. Mit dem Auge, das durch das Studium der Medizingeschichte geschärft war, hat J. H. Baas diese Entwicklung vorausgesehen; im Jahre 1879 prophezeite er bereits, daß die Hygiene, die sich der damaligen Geistesrichtung entsprechend lediglich auf die naturwissenschaftlichen Methoden stützte, sich im Laufe der Zeit mehr und mehr der früheren medizinischen Polizei nähern, d. h. auf die Gedankengänge von J. P. Frank, der seine Aufmerksamkeit nicht zum wenigsten auch den Einflüssen der kulturellen Umwelt widmete, zurückkommen wird.

Über die wichtigsten praktischen Vorgänge der in Rede stehenden Zeit ist folgendes anzuführen: Sogleich nach der Gründung des Deutschen Reiches suchten mehrere Vereinigungen fördernd auf das deutsche Gesundheitswesen[5]) einzuwirken. Hier ist vor allem der Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg zu nennen, der am 15. März 1872 an den Reichstag eine Bittschrift betreffs eines Impfgesetzes richtete. Im September 1873 wurde der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege, der sich anfangs auch mit sozialhygienischen Fragen, später aber fast nur mit Gegenständen der Gesundheitspolizei und Gesundheitstechnik befaßte, gegründet; sein Einfluß bei den Stadtverwaltungen war lange Zeit sehr groß. Der Reichstag hat am 8. April

[1]) J. L. Casper: a) „Beiträge zur medicinischen Statistik und Staatsarzneikunde", Berlin 1825; b) „Die wahrscheinliche Lebensdauer des Menschen", Berlin 1835.

[2]) Oesterlen: „Handbuch der medizinischen Statistik", Tübingen 1865. Es ist das erste Handbuch, das ausschließlich diesem Gegenstande gewidmet ist. Oesterlen hatte aber bereits in seinem 1851 erschienenen „Handbuch der Hygieine" als Anhang eine verhältnismäßig umfangreiche „Allgemeine Gesundheits- und Lebensstatistik" geboten. Im Jahre 1860 gab Oesterlen den 1. Band der „Zeitschrift für Hygieine, medizinische Statistik und Sanitätspolizei" heraus.

[3]) Siehe Literatur S. 68 Ziffer 1.

[4]) Gottstein schildert die damals herrschenden Anschauungen folgendermaßen: „Man fand so viele gangbare und dankbare Wege zur Bekämpfung neuentdeckter Gesundheitsgefahren, daß man das Bestreben, soziale Mißstände als Objekt der Bekämpfung mitzuberücksichtigen, als einen unfruchtbaren Umweg bezeichnen durfte, der vom sicheren Erfolge nur ablenke. Als wirksamstes Mittel zur Bekämpfung der Volksseuchen galt lange nur die Methode der Vernichtung oder Fernhaltung der mikroparasitären Ansteckungsstoffe". (Siehe Literatur S. 8 Ziffer 5 b.)

[5]) Siehe A. Fischer: „Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung" 1914, Sammlung Göschen Nr. 749.

1874 das Impfgesetz[1]), das erste ausschließlich der Krankheitsverhütung dienende Gesetz, angenommen. Im Zusammenhang hiermit wurde im Jahre 1876 das Reichsgesundheitsamt als technisch beratende Behörde der Reichsverwaltung auf gesundheitlichem Gebiete gebildet. Dies Amt sollte u. a. bei der Vorbereitung von Gesundheitsgesetzen mitwirken. Auf Grund seiner Vorarbeiten wurde am 14. Mai 1879 das Gesetz betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln, Genußmitteln und Gebrauchsgegenständen, dem sich dann noch Ergänzungsgesetze anschlossen, geschaffen; zahlreiche Gesundheitsschädigungen und Fälschungen wurden durch diese Maßnahmen beseitigt. Neben dem Impf- und dem Nahrungsmittelgesetz ist nur noch ein bedeutungsvolles Reichsgesetz, das ausschließlich hygienischen Zwecken dient, zu nennen: das Seuchengesetz vom 30. Juni 1900, das sich auf die Lepra, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken erstreckt. In Verbindung mit diesem Gesetz wurde zur Unterstützung des Reichsgesundheitsamtes der Reichsgesundheitsrat gebildet.

Die Maßnahmen des Reiches wurden noch in einzelnen deutschen Bundesstaaten durch besondere Verordnungen ergänzt. Vor allem aber wurden durch die zahlreichen kommunalen Maßnahmen gesundheitstechnischer Art, die man unter dem Namen „Städtereinigung" — Kanalisation, Wasserleitung, Schlachthöfe, Bauordnungen — zusammenfaßt, die Gesundheitszustände namentlich in den großen Städten wesentlich verbessert.

Für die Arbeiterbevölkerung wurden noch besondere Gesetze, die dem Gesundheitsschutze dienen sollten, geschaffen. Die deutsche Arbeiterschutzgesetzgebung setzte im Jahre 1869 ein; sie wurde dann mehrfach ergänzt und verbessert. Mit der deutschen Sozialversicherung, die ein Vorbild für die ganze Kulturwelt geworden ist, wurde 1881 begonnen.

Diese beiden Maßnahmen, die Bismarck zu verdanken sind, wirkten sicherlich sehr segensreich; aber sie müssen doch als unzulänglich bezeichnet werden. Denn selbst dieser in der Außenpolitik so weitblickende Staatsmann verfolgte keine zielbewußte, systematische Gesundheitspolitik. Während er mit der einen Hand den deutschen Arbeitern die Sozialversicherung, die überdies ungemein große Lücken aufwies, gab, führte er mit der anderen Hand Getreidezölle ein, wodurch die Lebensmittel verteuert wurden, ohne daß immer die Löhne gleichzeitig stiegen; und gegen die Vermehrung der Fabrikinspektoren, die für die Durchführung der Arbeiterschutzgesetze sorgen sollten, wandte er sich mit allem Nachdruck, was sogar schließlich zu seiner Entlassung führte.

Während, wie wir sahen, Reich, Staaten und Gemeinden mit Recht keine Geldmittel scheuten, um gewisse Gesundheitsgefahren, die das ganze Volk, also auch die Reichen und den Mittelstand, bedrohten, zu verhüten, wurde gegen die Schädigungen, unter denen lediglich die Unbemittelten litten, nicht mit entsprechendem Kraftaufwand vorgegangen. So ist es zum mindesten fraglich, ob all die genannten trefflichen Maßnahmen, die dazu beigetragen haben, daß die Sterblichkeitsziffern in den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkriege stark gesunken sind, die Gesundheitsverhältnisse auch in der Arbeiterbevölkerung erheblich verbessert haben.

Einige Forscher haben überdies die Frage aufgeworfen, ob nicht namentlich durch die Verhütung der ansteckenden Krankheiten, die eine Auslese der Schwachen früher bewirkt hatten, eine Schädigung der Rasse eingetreten ist. Als erster hat sich mit der wissenschaftlichen Erforschung der Rasseveredelung Francis Galton, ein Vetter von Charles Darwin, befaßt; in seiner 1883 erschienenen Schrift „Inquiries into Human Faculty"

[1]) Zwangsimpfungen der Säuglinge waren in Bayern seit 1807, in Baden seit 1815 gesetzlich bestimmt.

führte er bereits den Namen „Eugenik" ein. Der einstige Düsseldorfer Arzt Schallmayer veröffentlichte im Jahre 1891 die Abhandlung „Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit", ohne die Arbeit Galtons gekannt zu haben. Plötz gab im Jahre 1895 das Buch „Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen" heraus. Diese Schriften stellen den Anfang der Rassehygiene als eines wissenschaftlichen Faches dar.

Die soziale Hygiene als Lehre nahm, wie Gottstein zutreffend betonte, ihren Anfang, seitdem auf dem I. Internationalen Tuberkulose-Kongreß zu Berlin im Jahre 1899 sich Hygieniker und Ärzte mit Vertretern von vielen anderen Berufsarten zusammenfanden, „um in einheitlicher gemeinsamer Arbeit sich zu dem Satze zu bekennen, daß zur Erkennung der der Volksgesundheit drohenden Gefahren die Einbeziehung gesellschaftlicher Vorgänge eine unerläßliche Vorbedingung ist". In den nächsten Jahren wurden dann die sozialhygienischen Fragen eifrig erforscht, wobei sich besonders Gottstein, Grotjahn, Kaup, Lennhoff, die Medizinalstatistiker Prinzing, Rösle, Weinberg, der Statistiker Mayet und der Jurist A. Elster um das ganze Gebiet der sozialen Hygiene verdient gemacht haben. Außerdem betätigten sich theoretisch und praktisch zahlreiche Kräfte in einzelnen Zweigen der sozialen Hygiene mit großem Erfolge.

So stand bereits ein ansehnlicher Bau vor unseren Augen; man konnte hoffnungsvoll in die Zukunft blicken. Da kam der Weltkrieg. Zahlreiche gute Anlagen wurden zerstört, und nun gilt es, an vielen Stellen von neuem anzufangen. Hierbei wollen wir uns von der Geschichte, deren Bild wir hier in großen Zügen gezeichnet haben, leiten lassen.

Literatur: *1.* ***J. H. Baas:*** *a) „Grundriß d. Geschichte d. Medizin u. d. heilenden Standes", Stuttgart 1876; b) „Zur Geschichte der öffentlichen Hygiene", Deutsche Viertelj. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1879 Bd. XI S. 325 ff. — 2.* ***K. Baas:*** *a) „Zur Geschichte der mittelalterl. Heilkunst im Bodenseegebiet", Arch. f. Kulturgesch. 1906 Bd. 4 Heft 2; b) „Mittelalterl. Gesundheitspfl. im heutigen Baden", Neujahrsblätter d. Bad. Histor. Kommission, Heidelberg 1909; c) „Zur Geschichte d. Krankenpflege u. d. Krankenhauswesens vom Ausgang d. Antike bis zum Aufkommen der Städtefreiheit in Deutschland", Sozialhyg. Mitteil. 1922 Heft 1 u. 2. — 3.* ***C. Brunner:*** *„Über Medizin und Krankenpflege im Mittelalter in Schweizerischen Landen", Zürich 1922. — 4.* ***Jak. Burckhardt:*** *„Griechische Kulturgeschichte", Berlin 1902. — 5.* ***Diepgen:*** *„Geschichte d. Medizin" Bd. I, II und III (1913, 1914 und 1919), Sammlung Göschen Nr. 679, 745 und 786. — 6.* ***A. Fischer:*** *„Bilder zur mittelalterlichen Kulturhygiene im Bodenseegebiet", Sozialhyg. Abhandl. Nr. 7, Karlsruhe 1923. — 7.* ***A. Gottstein:*** *a) „Geschichte der Hygiene im 19. Jahrhundert", Abt. X von „Das deutsch. Jahrh.", Berlin 1901; b) „Die Entwicklung der Hygiene im letzten Vierteljahrhundert", Zeitschr. f. Sozialw. 1909 Bd. XII Heft 2; c) siehe Literatur S. 8 Ziffer 5b. — 8.* ***Hippokrates'*** *sämtliche Werke; übersetzt von Robert Fuchs, München 1895. — 9.* ***Eugen Holländer:*** *a) „Die Medizin in der klassischen Malerei" 3. Aufl., Stuttgart 1923; b) „Plastik und Medizin", Stuttgart 1912. — 10.* ***G. Honigmann:*** *„Kulturgeschichte und Medizin", Sammlung klinischer Vorträge, Leipzig 1920, Nr. 794/96. — 11.* ***Oskar Jäger:*** *„Geschichte der Griechen", Gütersloh 1896. — 12.* ***G. Lammert:*** *„Geschichte der Seuchen, Hungers- und Kriegsnoth z. Z. d. 30jährigen Krieges", Wiesbaden 1890. — 13.* ***W. Liese:*** *„Geschichte der Caritas", Freiburg 1922. — 14.* ***A. Martin:*** *„Deutsches Badewesen in vergangenen Tagen", Jena 1906. — 15.* ***A. Nossig:*** *„Einführung in das Studium der sozialen Hygiene", Stuttgart 1894. — 16.* ***J. Pagel:*** *a) „Zur Geschichte der sozialen Medizin besonders in Deutschland", Monatschr. f. Soziale Medizin, Jena 1903, Heft 1, 2 und 3; b) „Grundriß eines Systems der medizinischen Kulturgeschichte", Berlin 1905. — 17.* ***O. Rapmund:*** *„Das öffentl. Gesundheitswesen" Allg. Teil, Leipzig 1901, Hand- u. Lehrb. d. Staatsw. Abt. 3 Bd. 6. — 18.* ***G. Ratzinger:*** *„Geschichte d. kirchlichen Armenpflege", Freiburg 1884. — 19.* ***P. Richer:*** *L'art et la médicine", Paris 1903 (?). — 20.* ***G. Schreiber:*** *„Mutter und Kind in der Kultur der Kirche. Studien zur Quellenkunde und Geschichte der Caritas, Sozialhygiene und Bevölkerungspolitik", Freiburg 1918. — 21.* ***L. v. Stein:*** *„Das Gesundheitswesen", Stuttgart 1882. — 22.* ***K. Sudhoff:*** *„Aus dem antiken Badewesen" Teil I und II, Berlin 1910. — 23.* ***K. Sudhoff*** *und* ***O. Neustätter:*** *„Katalog d. Historischen Abteilung d. Intern. Hygiene-Ausstellung Dresden 1911. — 24.* ***K. Sudhoff*** *und* ***Meyer-Steinegg:*** *„Geschichte der Medizin im Überblick mit Abbildungen", Jena 1921. — 25.* ***Th. Weyl:*** *„Zur Geschichte der sozialen Hygiene", Handb. d. Hyg. 4. Suppl.-Bd., Jena 1904.*

II. Hauptbestandteile der sozialen Hygiene.

1. Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung.

a) Allgemeines und Geschichtliches.

Um die sozialhygienischen Zustände eines Landes beurteilen zu können, muß man zunächst die zahlenmäßigen Angaben, die über die Zusammensetzung des betreffenden Volkes nach Alter und Geschlecht unterrichten, ins Auge fassen. Denn die Tatsachen, die man hierbei kennen lernt, beeinflussen in der Regel maßgebend die gesundheitlichen Verhältnisse; und andererseits finden letztere wiederum in der Art, wie sich die Bevölkerung zusammensetzt, einen Ausdruck. Eine wichtige Aufgabe ist es sodann festzustellen, ob und wie die Volksgliederung sich verändert. Gerade aus der Bevölkerungsbewegung läßt sich ersehen, ob sich die hygienischen Zustände gebessert haben. Wir wollen daher die Zusammensetzung und die Bewegung der Bevölkerung im Zusammenhang erörtern.

Hingewiesen muß jedoch darauf werden, daß es bisweilen schwierig ist zu entscheiden, in welchem Maße sich bei der jeweiligen Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung natürliche Einflüsse (Klima, Rassebeschaffenheit) oder soziale (kulturelle) Einwirkungen geltend machen. Westergaard hat sich hierzu folgendermaßen geäußert: „Die einfache Tatsache, daß ein Mensch hier oder dort lebt, ist ja doch nicht hinreichend, um seinen Gesundheitszustand ausschließlich zu bestimmen, und wenn die Bevölkerungen zweier Länder eine verschiedene Sterblichkeit aufweisen, so kann dies ebensogut dem Umstande der Lebensart, Wohlstand, Tätigkeit zuzuschreiben sein, als den klimatischen Verhältnissen oder den Einflüssen der Rasse, Nationalität usw.“ Wir befassen uns hier lediglich mit den sozialen (kulturellen) Einflüssen auf die Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung. Und es wird sich zeigen, wieweit diese Einflüsse unabhängig von den natürlichen auf die Bevölkerungsvorgänge einwirken.

Über die Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung werden wir hauptsächlich durch die amtlichen Statistiken unterrichtet. Den Stoff hierfür gewinnen die Statistischen Ämter teils durch die Volkszählungen, die in Staaten mit geordneten Verhältnissen in regelmäßigen Zeitabständen ausgeführt werden, teils durch die Eintragungen auf den Standesämtern. Gerade für die Fragen, die uns hier beschäftigen, bietet die amtliche Statistik gut verwendbare Angaben, da die Ziffern der Bevölkerungsstatistik einen hohen Grad von Zuverlässigkeit besitzen.

Aber der Zahlenstoff ist nicht immer und nicht überall so vorhanden bezw. verarbeitet und veröffentlicht, wie ihn der Sozialhygieniker für seine besonderen Zwecke benötigt. Soweit es möglich ist, werden wir hier die Zahlen des Deutschen Reiches benutzen und diese mit den Ziffern anderer Länder vergleichen. Für die Erörterung mancher Fragen fehlt es aber an Angaben aus dem Reich, so daß ich zur Ergänzung und gewissermaßen als Stichproben die Ziffern mancher Gliedstaaten oder Städte verwenden muß; besonders oft werde ich mich in solchen Fällen auf den badischen Stoff, den ich am ehesten aus eigener Erfahrung heraus bewerten kann, stützen.

Über die Größe der Völker während des Altertums bieten Schätzungen einen Anhalt dar. Es heißt, daß Ägypten zur Zeit der Pharaonen ungefähr 7 Millionen Menschen aufzuweisen hatte. Die Zahl der Juden (ohne Sklaven) soll im 8. Jahrhundert v. Chr. 450000 betragen haben. Von Griechenland wird angegeben, daß es beim Ausbruch des Peloponnesischen Krieges 2¼ Millionen Einwohner, darunter 8—900000 Sklaven, gehabt hat. Im alten Rom, wo der Zensus wohl nur die Zahl der erwachsenen Bürger umfaßte, sollen zur Zeit des Ersten Punischen Krieges deren etwa 300000 gezählt worden sein; das Gesamtaufgebot der Bundesgenossen wird auf 400000 geschätzt. In der Kaiserzeit belief sich die Ziffer der Bürger auf 4—5 Millionen.

Im Mittelalter, über das nur wenige Bevölkerungsangaben vorliegen, war die Einwohnerzahl in den jetzt menschenreichen Staaten noch gering. Die ältesten Nachrichten über die mittelalterlichen Zustände stammen aus England. Im 14. Jahrhundert soll dort die gesamte Einwohnerzahl etwa 2½ Millionen betragen haben. Mittels der Herdsteuerlisten wurde die Volksziffer Englands am Ende des 17. Jahrhunderts auf 5 Millionen berechnet. Auf dem heutigen Gebiete des Deutschen Reiches soll die Bevölkerungszahl im 14. Jahrhundert 12 Millionen betragen haben. Die Einwohnerzahl betrug während des 15. Jahrhunderts in Augsburg 18000, Ulm 20000, Nürnberg 26000, Leipzig 4000, Mainz 6000, Basel 10000.

Die Bevölkerungsstatistik von Augsburg ist, soweit bis jetzt bekannt ist, die am weitesten zurückliegende der Welt. Im Jahre 1498 schenkte, wie Rösle mitteilt, ein dortiger Bürger der Stadtverwaltung ein sogenanntes Hochzeitsbuch mit der Bestimmung, daß vom Beginne des 16. Jahrhunderts an genaue Listen über die Geborenen, Gestorbenen und Heiratenden aufgestellt werden. So liegt seit jener Zeit die Augsburger Bevölkerungsstatistik lückenlos vor.

Schweden besitzt Angaben über seine Volkszahl bereits seit dem Jahre 1751; dies sind die ältesten zahlenmäßigen Nachrichten über einen ganzen Staat. In Brandenburg-Preußen fand, nach Franke[1]), die erste allgemeine Volkszählung für alle Provinzen 1725 statt, nachdem ein Verzeichnis der Untertanen schon 1654 angelegt worden war; weitere statistische Aufnahmen scheiterten jedoch am Einspruch der Stände. In Württemberg wurden Volksaufnahmen 1769, 1771 und 1795, in Sachsen 1697, in Hessen-Darmstadt 1777, 1785, 1806, 1815, in Bayern 1771, 1794, 1807, in Baden 1811 ausgeführt. Hinsichtlich der Genauigkeit sind diese Zählungen freilich nicht mit den heutigen zu vergleichen.

Über den Geburten- bezw. Sterbefälleüberschuß in Breslau wurde folgendes angegeben: In der Zeit von 1586 bis 1590 wurden durchschnittlich im Jahre 1218 Geburten und 1211 Todesfälle gezählt, so daß der jährliche Geburtenüberschuß 7 betrug. In den Zeiträumen 1680—1690 bezw. 1786—1790 zeigte sich ein Sterbefälleüberschuß, der sich durchschnittlich im Jahre auf 77 bezw. 68 belief. Während der Jahre 1886—1890 wurden dagegen durchschnittlich im Jahre 11212 Kinder geboren, denen 9627 Todesfälle gegenüberstanden, so daß sich ein Geburtenüberschuß 1585 durchschnittlich im Jahre ergab.

b) Bevölkerungszusammensetzung in den letzten Jahren.

Über die Zusammensetzung der Bevölkerung aller fünf Erdteile liegen, zumeist nach dem Stande der Zeit von 1919 bis 1921, amtliche Zahlenangaben vor; diese Ziffern enthält unsere Tafel 1.

Tafel 1.

Die Volkszahl in den fünf Erdteilen.

Erdteil	Fläche in qkm	Einwohner	Auf 1 qkm kommen Einwohner
Europa	9 910 000	450 000 000	45,5
Asien	40 967 000	997 000 000.	24,4
Afrika	28 897 000	132 000 000	4,6
Amerika	43 061 000	207 000 000	4,8
Australien und Polynesien	8 547 000	8 000 000	0,9

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

[1]) W. Franke: „Die Volkszahl deutscher Städte Ende des 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts.“ Zeitschrift des Preußischen Statistischen Landesamts 1922 Abteilung 1 und 2, Berlin 1923.

Man entnimmt der Tafel 1, daß die Menschenzahl der ganzen Erde gegenwärtig sich auf rund 1800 Millionen belaufen dürfte. Beachtenswert ist es, um wieviel Europa dichter bevölkert als alle anderen Erdteile, namentlich auch als Amerika, ist.

Wie die bedeutendsten Staaten der Erde hinsichtlich der Größe der Volksziffer aufeinander folgen, und welchen Platz hierbei insbesondere das Deutsche Reich einnimmt, veranschaulicht unsere Zeichnung 1.

Zeichnung 1.



(Nach Wirtsch. u. Stat. 1923 Nr. 22.)

Man ersieht aus der den Zustand von 1920 wiedergebenden Zeichnung 1, daß das Deutsche Reich unter den Völkern der Erde den vierten Platz und unter den europäischen Völkern den zweiten Platz innehat. Und wenn auch namentlich die Engländer und Franzosen auf die großen Volksmassen in ihren Kolonien hinweisen können, so läßt sich doch von Deutschland sagen, daß ein Volk von solcher Größe nicht zu vertilgen ist, obwohl es sich zurzeit in einer schwierigen Lage befindet.

Um die Volksdichte in den wichtigsten europäischen und außereuropäischen Ländern sowie in den größten deutschen Gliedstaaten kennenzulernen, betrachten wir die Tafeln 2 und 3.

Der Tafel 2 ist zu entnehmen, daß die Volksdichte in den einzelnen Ländern sehr verschieden ist. In den Industriestaaten Belgien, Großbritannien, Deutschland kommen sehr viele Einwohner auf 1 qkm, während die Länder, die vorzugsweise vom Ackerbau leben, wie Schweden, Norwegen, Rußland, nur dünn bevölkert sind; dieselben Unterschiede zeigen sich auch außerhalb Europas. Aus der Tafel 3 ersehen wir, daß in den einzelnen deutschen Gliedstaaten die Volksdichte ebenfalls davon abhängt, ob es sich um ein industriereiches Land (Sachsen) oder um ein Gebiet mit umfangreicher Landwirtschaft (Bayern) handelt.

Die Tafeln 2 und 3 belehren uns aber zugleich über die Gliederung der Völker nach dem Geschlecht.

Wir sehen, daß, mit Ausnahme von Rumänien und Bulgarien, alle Staaten Europas mehr weibliche als männliche Einwohner besitzen, während in den außereuropäischen Ländern das Verhältnis gerade umgekehrt ist. In den deutschen Gliedstaaten findet man überall einen Frauenüberschuß. Auf die Gründe, die den Frauenüberschuß verursacht haben, kommen wir noch zu sprechen.

Um uns über die Volksgliederung nach dem Alter zu unterrichten, betrachten wir zunächst die Zeichnungen 2 und 3.

Tafel 2.

Die Volkszahl in den wichtigsten europäischen und außereuropäischen Staaten.

Staaten	Zeitpunkt	Ortsanwesende Bevölkerung			Auf 1 qkm kommen Einwohner
		überhaupt	männlich	weiblich	
Europäische Staaten:					
Deutsches Reich [1]	8. X. 1919	59 852 682	28 496 419	31 356 263	126,79
Österreich [2]	7. III. 1923	6 654 612	.	.	79,23
Schweiz	1. XII. 1920	3 886 090	1 871 425	2 014 665	94,10
Italien	1. XII. 1921	38 835 941	.	.	124,24
Jugoslawien	31. I. 1921	12 017 323	5 893 547	6 123 776	48,26
Griechenland (neues Gebiet)	19. XII. 1920	5 536 375	2 750 904	2 785 471	37,50
Rumänien (neues Gebiet)	1920	17 393 149	8 762 092	8 631 057	55,02
Bulgarien	31. XII. 1920	4 861 439	2 434 940	2 426 499	47,11
Ungarn	1921	7 981 143	3 871 904	4 109 239	86,08
Europäisches Rußland	28. VIII. 1920	101 409 539	45 857 961	55 551 578	22,03
Schweden	31. XII. 1920	5 904 489	2 898 256	3 006 233	14,38
Norwegen	1. XII. 1920	2 649 775	1 290 469	1 359 306	8,56
Dänemark	1. II. 1921	3 267 831	1 591 628	1 676 203	75,97
Großbritannien	19. VI. 1921	42 767 530	20 430 623	22 336 907	187,41
Niederlande	31. XII. 1920	6 865 314	3 410 262	3 455 052	200,73
Belgien (einschl. Eupen und Malmedy)	31. XII. 1920	7 462 455	3 670 862	3 791 593	245,15
Frankreich (mit Elsaß-Lothr.)	6. III. 1921	39 209 766	.	.	71,16
Spanien [3]	31. XII. 1920	21 338 381	10 341 291	10 997 090	42,24
Außereuropäische Staaten:					
China	1920	428 000 000	.	.	38,60
Japan	1. X. 1920	55 963 053	28 044 341	27 918 712	145,16
Britisch-Indien	18. III. 1921	319 075 132	164 056 191	155 018 941	68,34
Ägypten	7. III. 1917	12 718 255	6 369 517	6 348 738	14,13
Vereinigte Staaten von Amerika	1. I. 1920	105 710 620	53 900 431	51 810 189	13,49
Austral. Staatenbund	4. IV. 1921	[4] 5 436 794	2 762 758	2 674 036	0,71

1) Einschl. Saargebiet. 2) Einschl. Burgenland. 3) Einschl. Balearen und Kanarische Inseln. 4) Ohne Ureinwohner.

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

Tafel 3.

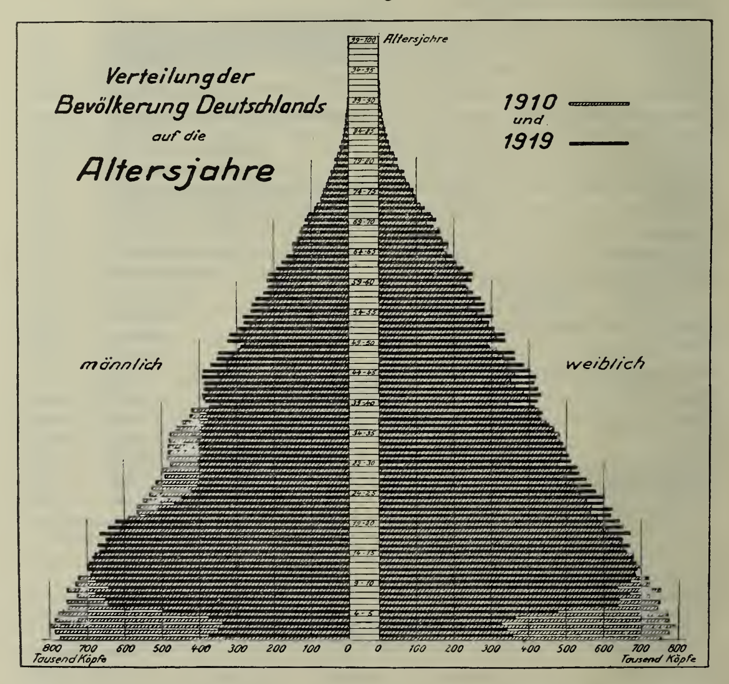
Die Volkszahl in den größten deutschen Gliedstaaten.

Länder	Ortsanwesende Bevölkerung am 8. Oktober 1919			Auf 1 qkm kommen Einwohner	
	männlich	weiblich	zusammen	1919	1910
Preußen	17 535 947	19 154 602	36 690 549	124,6	120,8
Bayern mit Coburg	3 394 270	3 746 063	7 140 333	93,4	91,1
Sachsen	2 168 065	2 495 233	4 663 298	311,0	320,4
Württemberg	1 195 144	1 323 629	2 518 773	129,1	125,6
Baden	1 051 405	1 157 098	2 208 503	146,5	142,0
Thüringen	712 474	795 551	1 508 025	128,2	128,2
Hessen	616 521	674 467	1 290 988	167,9	166,8
Deutsches Reich	28 496 419	31 356 263	59 852 682	126,8	123,8

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

Die Zeichnung 2 veranschaulicht den Altersaufbau der deutschen Bevölkerung, getrennt nach dem Geschlecht, in den Jahren 1910 und 1919. Die Verteilung im Jahre 1910, die eine fast ganz regelrechte Pyramide bildet, kann als natürlich betrachtet werden, während das Jahr 1919 die krankhaften Züge, die der Krieg verursacht hat, trägt. Die jüngsten Altersklassen zeigen 1910 in der Pyramide noch eine ansehnliche Breite, sind aber 1919 infolge des Geburtenrückganges sehr schmal geworden. Auffallend ist sodann die Verkürzung der Linien, welche die Anzahl der 20—40 jährigen Männer im Jahre 1919 darstellen; man erkennt hieran deutlich, welche Opfer der Krieg gekostet hat. Bemerkt sei noch,

Zeichnung 2.



(Nach Stat. d. D. Reichs Bd. 276.)

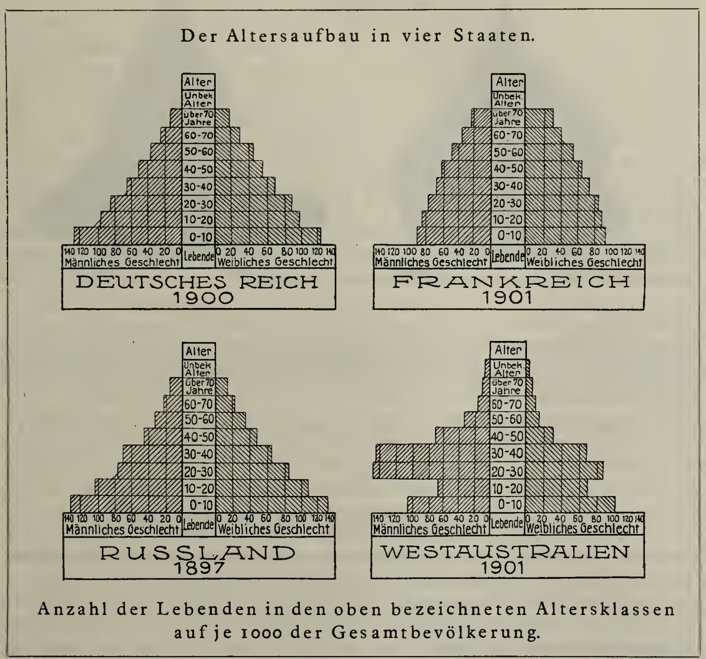
daß 1910 bis einschließlich zu der Altersklasse von 40 bis 45 Jahren mehr männliche als weibliche Personen, von dieser Klasse an mehr Frauen als Männer gezählt wurden; 1919 beginnt jedoch der Überschuß auf der weiblichen Seite bereits bei der Altersstufe von 20 bis 25 Jahren. (Vgl. auch die Zahlentafel in „Wirtschaft und Statistik“ 1921 S. 295.)

Die einzelnen Staaten zeigen hinsichtlich des Altersaufbaues ein sehr verschiedenartiges Aussehen, wie man unserer Zeichnung 3 entnehmen kann. Es kommt in den Kulturstaaten hauptsächlich darauf an, wie breit in der Pyramide der Unterbau, der von der Geburtenziffer abhängt, beschaffen ist. Die Zahl der Säuglinge war 1900 in Deutschland noch ansehnlich; sie war in Frankreich weit geringer, in Rußland dagegen weit größer als bei uns. Der Altersaufbau kann aber auch durch Wan-

derungen stark beeinflußt werden. In Westaustralien z. B. waren 1901 die Altersklassen von 20 bis 40 Jahren stärker besetzt als die Altersklassen von 10 bis 20 Jahren, und zwar bei beiden Geschlechtern, aber noch stärker auf der männlichen Seite; der Grund hierfür liegt in der hohen Zahl von Einwanderern, unter denen sich noch mehr Männer als Frauen befunden haben. Alle diese Einflüsse wirken, wie die Zeichnung 3 beweist, auf die Form des Altersaufbaues ein.

Während 1910 im Deutschen Reich, einem Lande mit Frauenüberschuß, das männliche Geschlecht nur bis zur Altersklasse von 20 bis 25 Jahren das weibliche Geschlecht an

Zeichnung 3.



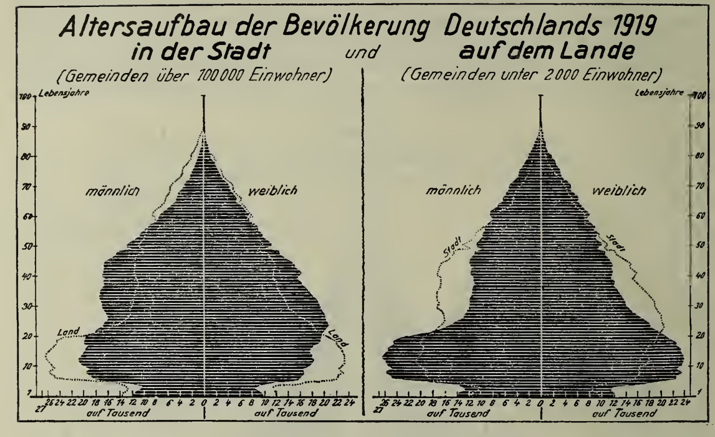
(Nach Rösle.)

Zahl überragt, waren 1910 in den Vereinigten Staaten von Amerika, einem Lande mit Männerüberschuß, nach Angabe von Prinzing die Männer bis zur Altersklasse von 70 Jahren stärker vertreten als die Frauen.

Die Zeichnung 4 gewährt einen Einblick in die Volksgliederung nach Stadt und Land.

In der Zeichnung 4 wird der für das Jahr 1919 geltende Altersaufbau der in den Großstädten lebenden Bevölkerung mit dem der Landbewohner verglichen. Letztere weisen eine sehr starke Be-

Zeichnung 4.



(Nach Wirtsch. u. Stat. 1921 Nr. 9.)

setzung der Altersklassen von 5 bis 20 Jahren auf, der die Bevölkerungszahl im Alter von 20 bis 50 Jahren aber nicht entspricht. Ganz anders ist das Verhältnis in den großen arbeitgebenden Industriestädten, welche die große ländliche Kinderschar, die im erwachsenen Alter auf dem Lande keinen Unterhalt finden kann, gleichsam aufsaugen.

Zur Ergänzung der Angaben in der Zeichnung 4 fügen wir noch die Tafel 4 an.

Tafel 4.

Die deutsche Bevölkerung nach der Größe des Wohnortes.

Von 100 Einwohnern des Deutschen Reiches wohnten in	1871	1875	1880	1885	1890	1895	1900	1905	1910	1919
Großstädten (100000 und mehr Einw.)	4,8	6,2	7,2	9,5	11,4	13,9	16,2	19,0	21,28	24,91
Mittelstädten (20 000—100 000 Einw.) .	7,7	8,2	8,9	8,9	9,3	10,7	12,6	12,9	13,37	12,87
Kleinstädten (5000—20 000 Einw.) . .	11,2	12,0	12,6	12,9	11,5	13,6	13,5	13,8	14,13	13,53
Landstädten (2000—5000 Einw.) . .	12,4	12,6	12,7	12,4	10,3	12,0	12,1	11,6	11,24	11,02
Anderen Orten und Einzelgehöften . .	63,9	61,0	58,6	56,3	57,5	49,8	45,6	42,6	39,98	37,67

(Nach A. Hesse.)

Man entnimmt der Tafel 4, daß seit 1871 bis 1919 der Anteil der auf den Dörfern wohnenden Menschen an der deutschen Bevölkerung ununterbrochen geringer geworden ist, während sich in den Großstädten gerade die entgegengesetzte Entwicklung vollzogen hat. Auch der Anteil der Mittelstädte ist bis 1910 ständig gewachsen. Diese Ziffern kennzeichnen die Wandlung vom Agrar- zum Industriestaat bezw. die Abkehr vom Landleben und den Zug nach der Großstadt.

c) Die einzelnen Bestandteile der Bevölkerungsbewegung.

Die Statistiker unterscheiden natürliche und soziale Bestandteile der Bevölkerungsbewegung. Zu den ersteren werden nicht nur die Geburten und die Sterbefälle, sondern auch die Eheschließungen, zu den letzteren die Wanderungen gerechnet. Aber wenn auch der Vorgang der Paarung als etwas Natürliches betrachtet wird, so muß man doch in der Eheschließung an sich eine soziale Einrichtung erblicken. Indessen, wir wollen uns an die nun einmal üblich gewordene Einteilung halten.

Die amtliche Statistik gewährt in der Regel ein gemeinsames Bild von den natürlichen Bestandteilen der Bevölkerungsbewegung. Eine Übersicht der Ergebnisse in den deutschen Gliedstaaten enthält unsere Tafel 5.

Die Tafel 5 unterrichtet zunächst über die Zahl der Eheschließungen und dadurch über die Ziffer der Familien, die begründet wurden. Die Familie[1]) stellt die Keimzelle des Staates dar und ist der Grund- und Eckstein des sozialen Gesundheitswesens. Allerdings sind die Ehen sehr unterschiedlich beschaffen. „Ehe ist keine Möbelgemeinschaft," schrieb der badische Dichter H. Oeser[2]), „Ehe ist Gewissensgemeinschaft, ist wie der Türmer, wie die Schildwacht, wie die Mutter des kranken Kindes, wie der Hüter Israels." Durch die Ehe wird der Geschlechtsverkehr in gesundheitlich einwandfreier Art geregelt und sittlich veredelt. Auch vom hygienischen Standpunkte aus kann es keinen Zweifel geben, daß die monogamische Ehe[3]) und ihre grundsätzliche Unauflösbarkeit zu fordern, die „Ehe auf Zeit" oder das „Verhältnis" abzulehnen sind. Aus der Ehe entwickelt sich die Familie. Muckermann[4]) unterscheidet: „1. die naturtreue Normalfamilie, die aus der Vereinigung einer menschenwürdigen Liebe mit den Lebensgesetzen erblüht; 2. die unnatürliche Großfamilie, deren Kinderzahl und Kinderqualität durch die Abweichung von den Lebensgesetzen erzielt wird; 3. die unnatürliche Zwergfamilie, deren Kinderarmut und Kinderqualität auf künstliche Eingriffe in die Naturordnung zurückzuführen ist." Die Einflüsse des Familienlebens auf die Lebensdauer (siehe S. 58) sowie auf die Gesundheit der Gatten[5]) und Kinder[5]) werden noch an manchen Stellen des „Grundrisses" zu schildern sein. Hier fragen wir zunächst nach der Häufigkeit der Eheschließungen in den letzten Jahren. Denn nach den obigen Darlegungen ist eine große Zahl von Eheschließungen, wenn die erforderlichen Bedingungen, die noch, namentlich in dem Abschnitt „Fortpflanzung", zu erörtern sind, erfüllt werden, als ein für die Gesundheitsverhältnisse günstiges Zeichen zu betrachten.

Man ersieht aus der Tafel 5, daß in allen Gliedstaaten im Jahre 1921 die Eheschließungen, den Verhältnisziffern nach, fast gleich häufig erfolgten. Die Zahl der Heiraten war während des Krieges gegenüber den Friedensverhältnissen erheblich gesunken; sie ist aber nach dem Kriege weit über den Vorkriegsstand hinaus gestiegen. Zahn[6]) spricht

---

[1]) Vgl. den Art. 119 der Reichsverfassung, der unten auf S. 211 angeführt ist.

[2]) H. Oeser: „Ein Ehezuchtsbüchlein", Heilbronn 1913.

[3]) R. Seeberg: a) „Vom Sinn der Ehe", Das kommende Geschlecht, Band 1 Heft 1 (1920); b) „Wesen und Wert der Familie", ebenda Bd. 2 Heft 1 (1922). Vgl. im Gegensatz hierzu die auf S. 210 erwähnten rassehygienischen Vorschläge.

[4]) H. Muckermann: „Kind und Volk" Teil II, Freiburg 1921.

[5]) Einen umfangreichen Zahlenstoff, der sich auf weit zurückliegende Zeiten, zum Teil bis auf das 18. Jahrhundert zurück, bezieht, findet man bei Ed. Reich: a) „Die Fortpflanzung und Vererbung des Menschen", Jena 1879 S. 309 ff.; b) „System der Hygieine", 1870 Bd. I S. 374 ff. — Siehe auch v. Noorden und Kaminer: „Krankheiten und Ehe", 2. Aufl., Leipzig 1916.

[6]) Zahn: „Heiratsstatistik", Art. im Handw d. Staatsw. 4. Aufl., Jena 1922, Bd. V.

Tafel 5.

Die Eheschließungen, Geborenen und Gestorbenen 1921 in Deutschland.

Länder und Landesteile	Eheschließungen	Geborene	Gestorbene	Mehr geboren als gestorben	Von den Geborenen überhaupt sind Lebendgeborene	Auf 1000 Einwohner kommen				
		einschl. Totgeborene				Eheschließungen	Geborene überhaupt	Gestorbene	mehr Geborene als Gestorbene	Lebendgeborene
Prov. Ostpreußen	25451	70519	35918	34601	68331	11,0	30,6	15,6	15,0	29,6
Stadt Berlin	45138	56020	49121	6899	53911	11,7	14,6	12,8	1,8	14,0
Prov. Brandenburg	30950	59731	38877	20854	57481	12,4	23,9	15,6	8,4	23,0
„ Pommern	21994	52605	28542	24063	50868	12,0	28,6	15,5	13,1	27,6
„ Posen-Westpreußen	3801	9452	5203	4249	9130	11,3	28,1	15,4	12,6	27,1
„ Niederschlesien	36861	90292	56507	33785	86936	12,0	29,4	18,4	11,0	28,3
„ Oberschlesien	24815	83527	48527	35000	81687	10,5	35,4	20,6	14,8	34,6
„ Sachsen	41482	90429	49167	41262	87226	12,9	28,1	15,3	12,8	27,1
„ Schleswig-Holstein	18173	35165	18544	16621	34044	12,1	23,4	12,4	11,1	22,7
„ Hannover	37065	77215	40244	36971	74501	12,0	24,9	13,0	11,9	24,0
„ Westfalen	58599	136551	62228	74323	132268	12,6	29,5	13,4	16,0	28,6
„ Hessen-Nassau	28133	55556	30965	24591	53639	12,1	23,8	13,3	10,5	23,0
Rheinprovinz	88988	182816	97955	84861	177165	12,8	26,3	14,1	12,2	25,5
Hohenzollern	657	1740	979	761	1711	9,1	24,0	13,5	10,5	23,6
Preußen	462107	1001618	562777	438841	968898	12,1	26,3	14,8	11,5	25,5
Bayern rechts des Rheins	64674	176092	105844	70248	171764	10,2	27,7	16,7	11,1	27,0
Bayern links d. Rheins (Pfalz)	11178	24607	13050	11557	23784	12,5	27,4	14,5	12,9	26,5
Bayern	75852	200699	118894	81805	195548	10,5	27,7	16,4	11,3	27,0
Sachsen	57759	116148	64532	51616	111999	12,1	24,2	13,5	10,8	23,4
Württemberg	24785	62630	36586	26044	60917	9,6	24,2	14,2	10,1	23,6
Baden	25398	60602	33021	27581	59110	11,2	26,7	14,5	12,1	26,0
Thüringen	19797	42776	22371	20405	41383	12,7	27,5	14,4	13,1	26,6
Hessen	15761	32098	17547	14551	31050	11,9	24,2	13,2	11,0	23,4
Hamburg	13709	20280	13973	6307	19489	12,8	19,0	13,1	5,9	18,3
Mecklenburg-Schwerin	8479	19236	11238	7998	18567	12,6	28,5	16,6	11,8	27,5
Oldenburg	6310	14791	6584	8207	14350	11,8	27,7	12,3	15,4	26,8
Braunschweig	6500	11849	7067	4782	11420	13,2	24,1	14,4	9,7	23,2
Anhalt	4392	9119	5174	3945	8834	12,9	26,8	15,2	11,6	25,9
Bremen	4164	7353	4257	3096	7091	13,1	23,1	13,4	9,7	22,3
Lippe	1853	3894	2005	1889	3765	11,7	24,5	12,6	11,9	23,7
Lübeck	1551	2716	1773	943	2619	12,6	22,1	14,4	7,7	21,3
Mecklenburg-Strelitz	1355	3104	1868	1236	2997	12,4	28,4	17,1	11,3	27,5
Waldeck	784	1460	869	591	1405	11,5	21,5	12,8	8,7	20,7
Schaumburg-Lippe	601	1047	636	411	1005	12,7	22,1	13,4	8,7	21,2
Deutsches Reich 1921	731157	1611420	911172	700248	1560447	11,8	26,1	14,8	11,3	25,3
Desgl. 1920	894978	1651593	985235	666358	1599287	14,5	26,7	15,9	10,8	25,9
„ 1919	844339	1299404	1017284	282120	1260500	13,4	20,7	16,2	4,5	20,0
„ ohne Elsaß-Lothr. 1918	352543	956251	1635913	-679662	926813	5,4	14,7	25,2	-10,5	14,3
„ „ „ „ 1917	308446	939938	1373253	-433315	912109	4,7	14,4	21,0	- 6,6	13,9
„ „ „ „ 1916	274396	1040209	1299935	-259726	1008033	4,2	15,8	19,8	- 3,9	15,3
„ „ „ „ 1915	273853	1395909	[1] 1035252	360657	1353714	4,3	22,1	16,4	5,7	21,5
„ „ „ „ 1914	450648	1830892	[1] 1077581	753311	1776409	7,1	29,0	17,1	11,9	28,2
Deutsches Reich 1913	513283	1894598	1060798	833800	1838750	7,7	28,3	15,8	12,4	27,5

1) Ohne die gestorbenen Militärpersonen.

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

deshalb geradezu von einer „Heiratsepidemie", die er als keine hoffnungsreiche Erscheinung betrachtet, „da sie nicht nur die schon vorhandene Wohnungs- und Hausratnot verschärfte, sondern auch unter Ausschaltung wertvoller sittlicher und sozialer Hemmungen sich vollzog. Als ungünstige Symptome erscheinen bereits eine Scheidungsepidemie, welche der Heiratsepidemie parallel läuft, und die geringe Fruchtbarkeit der neuen Ehen, welche um die Hälfte hinter der des Friedensstandes zurückbleibt". Man erkennt aus diesem Hinweis, daß die Zahl der Eheschließungen allein nicht immer entscheidend ist. Auch die Qualität der Ehen ist zu berücksichtigen.

Für die Beurteilung der Gesundheitszustände ist nicht nur die Zahl der Eheschließungen, sondern auch das Alter der Heiratenden sehr bedeutungsvoll. Von dem Heiratsalter der Bräute hängt nämlich zunächst die zu erwartende Anzahl von Kindern ab. Nach Angabe des Statistischen Amtes der Stadt Zürich[1]) sind „während der ganzen Dauer der Gebärfähigkeit von Frauen, die schon vor dem 25. Lebensjahre die Ehe eingegangen sind, durchschnittlich 4 Kinder zu erwarten; von denen, die im Alter von 25 bis 29 Jahren heirateten, 3 Kinder; von denen, die im Alter von 30 bis 34 Jahren heirateten, 2 Kinder, und 0,5 Kinder, wenn das Heiratsalter noch höher war". Das Heiratsalter der Frauen beeinflußt aber auch den Ausgang der Entbindung und die Lebenskraft der Kinder. Prinzing[2]) hat gefunden, daß das Leben der jungen Frau im Alter von 16 bis 20 Jahren durch die Entbindungen stärker bedroht wird, als dies in späteren Jahren der Fall ist, und daß die Mütter, die noch nicht 20 Jahre alt sind, häufiger lebensschwache Kinder gebären und diese dann infolge minderwertiger Körperbeschaffenheit verlieren, als dies bei den älteren Müttern beobachtet wird. Das Alter des Bräutigams spielt im allgemeinen eine untergeordnete Rolle. Es sei aber an dieser Stelle bereits bemerkt, daß das Alter der Heiratenden allein nicht maßgebend für die zu erwartende Kinderzahl ist, wenn sich im übrigen geburtenhemmende Einflüsse geltend machen; dies zeigt z. B. die Mannheimer Familienstatistik (siehe S. 206).

Über das Alter der Eheschließenden im Deutschen Reich sind der amtlichen Statistik die in unserer Tafel 6 enthaltenen Angaben zu entnehmen.

Tafel 6.

Das Alter der Heiratenden im Deutschen Reich.

Jahr	Von 1000 aus dem ledigen Stande heiratenden					
	Männern			Frauen		
	standen im Alter von Jahren					
	unter 25	25 bis unter 30	über 30	unter 20	20 bis unter 25	über 25
1913 . .	326	461	213	95	529	376
1920 . .	289	397	314	61	458	481
1921 . .	325	383	292	75	474	451

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

[1]) Stat. Jahrb. d Stadt Zürich 5. Jahrg., Zürich 1914, sowie Thomann u. Feld: „Die Familienstatistik der Stadt Zürich", Bull. de l'Institut Intern. de Stat. Tome XIX.

[2]) Prinzing: „Über frühzeitige Heiraten, deren Vorzüge und Nachteile", Jahrb. f. Nationalökonomie und Statistik III. Folge Bd. 15, 1898. Ob es sich hierbei um natürliche oder um soziale Einflüsse handelt, ist oft schwer zu entscheiden. (Über Kinderheiraten siehe S. 203.)

Die Tafel 6 berücksichtigt zwar nur die aus dem ledigen Stande heiratenden Personen; aber diese umfassen etwa 85% von allen, welche die Ehe schließen. Man entnimmt der Tafel 6, daß von den Bräuten, die im Jahre 1921 heirateten, nur 7,5% (1913 noch 9,5%) jünger als 20 Jahre alt waren, daß aber 1921 verhältnismäßig mehr über 25 Jahre alte Bräute als 1913 heirateten.

Wichtiger noch als das Alter der Heiratenden ist das Alter der Niedergekommenen, wenn auch aus jenem auf dieses in gewissem Umfange geschlossen werden kann. Wie unterschiedlich die Fruchtbarkeit bei den einzelnen weiblichen Altersklassen ist, zeigt die Tafel 7.

Tafel 7.

Geburtenzahl nach dem Alter der Mütter in einigen deutschen Staaten.

Alter in Jahren	Auf je 1000 weibliche Personen nebenstehenden Alters kamen Geborene im Durchschnitt der Jahre		
	1881/1890	1891/1900	1901/1910
15 bis unter 20 . . .	19,246	21,084	23,282
20 „ „ 25 . . .	179,592	184,944	176,046
25 „ „ 30 . . .	278,040	275,897	260,776
30 „ „ 35 . . .	237,419	230,983	198,457
35 „ „ 40 . . .	181,489	165,918	138,083
40 „ „ 45 . . .	79,824	69,396	58,965
45 „ „ 50 . . .	10,170	8,209	6,412

(Nach Stat. d. D. Reichs Bd. 256.)

Für die in der Tafel 7 enthaltenen Zahlenreihen wurden die Angaben aus Hessen, Oldenburg, Braunschweig, Großh. Sachsen, Sachsen-Altenburg, die beiden Schwarzburg, die beiden Reuß und Sachsen-Meiningen benutzt. Obwohl es sich hier nur um einige kleinere Staaten, in denen sich kaum eine Großstadt befindet, handelt, so ist der Zahlenstoff doch sehr lehrreich. Man entnimmt der Tafel 7, daß die Frauen im Alter von 25 bis 30 sowie von 30 bis 35 Jahren am meisten beteiligt sind, daß die Geburtenziffer bei den Personen von 15 bis 20 Jahren verhältnismäßig klein ist, und daß die Frauen jenseits von 40 oder gar 45 Jahren eine geringe Fruchtbarkeit aufweisen. Bemerkenswert ist ferner, daß seit 1881/90 bis 1901/10 die Geburtenziffer nur bei der jüngsten Altersklasse gestiegen, bei allen anderen Frauen gefallen ist, und zwar besonders stark bei den beiden ältesten Gruppen, die hier in Betracht kommen.

Hinsichtlich der Zahl der Niederkünfte zeigen sich weitere erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Altersklassen, wenn man die Mütter in eheliche und uneheliche gliedert. Hierüber belehrt uns Tafel 8.

Tafel 8.

Von 100 ehelichen bezw. unehelichen Niederkünften während der Jahre 1900—1905 in Hessen kommen auf die Altersklasse von Jahren:

Mütter	unter 18—20	20—25	25—30	30—35	35—40	40—45	45—50	Zusammen
Verheiratete	1,0	19,3	35,2	24,8	14,1	5,1	0,5	100,00
Ledige . .	21,8	52,6	16,2	5,3	2,9	1,1	0,1	100,00

(Nach Stat. Jahrb. f. Hessen 1909.)

Der Tafel 8 entnimmt man, daß während des genannten Zeitraumes in Hessen nur 1% der verheirateten, aber 21,8% der unverheirateten Mütter vor dem 20. Lebensjahre niedergekommen sind. Man erkennt ferner, daß fast drei Viertel aller unehelichen Entbindungen vor dem 25. Lebensjahre der Niedergekommenen erfolgten.

Bemerkenswert sind die Angaben aus Berlin[1]) für die Zeit vor dem Weltkrieg. Man stellte in der Reichshauptstadt fest, daß im Jahre 1912 unter den 3119 Müttern, die vor dem 20. Lebensjahre niederkamen, 1116 verheiratet, aber 2003 ledig waren. Unter den Ledigen waren 4 unter 15 Jahre alt, 24 erst 15—16, 157 erst 16—17 und 453 erst 17—18 Jahre alt. Und hierbei ist überdies zu berücksichtigen, daß wohl noch ein erheblicher Teil der verheirateten Mütter unter 20 Jahren ledig schwanger geworden ist.

Die Tafel 5 gibt auch an, wieviel Geburten im Jahre 1921 auf 1000 Einwohner in den einzelnen deutschen Gliedstaaten entfielen. Der Vergleich der Gegenwart mit der Vergangenheit belehrt uns über den Geburtenrückgang; wir erörtern diesen Gegenstand jedoch erst in dem Abschnitt „Fortpflanzung“. Erwähnt sei nur schon hier, daß man Ergebnisse, die sich auf das Verhältnis der Geburtenziffern zur Einwohnerzahl ohne Berücksichtigung der Altersklassen bei dem weiblichen Geschlecht stützen, nur mit größter Vorsicht verwenden darf. Im übrigen befassen wir uns zunächst mit der Geburtenfolge sowie mit dem Beruf und der sozialen Stellung der Eltern bezw. der Mutter und anderen Fragen.

Der Berliner Augenarzt C. Hamburger[2]) hat an mehreren tausend Arbeiterfrauen, die wenigstens zehn Jahre verheiratet waren, die Frage geprüft, in welchem Verhältnis die Zahl der bis zum 16. Lebensjahr aufgezogenen Kinder zu der Ziffer der Niederkünfte der betreffenden Mutter steht. Er kam hierbei zu dem Ergebnis, daß „die Aussicht, ein lebensfähiges Kind zu erzielen und über das 16. Lebensjahr hinauszubringen, bei jeder folgenden Konzeption geringer ist als bei der vorhergehenden“. Der Nutzen hinsichtlich der Erzeugung arbeitskräftiger Menschen, der bei der dritten Schwangerschaft noch auf 66,38% berechnet wird, sinkt bei der achten auf 48,61% und bei der zwölften auf 43,15%. Zu zahlreiche Niederkünfte einer Frau sind also im allgemeinen nicht wünschenswert. Für die Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse ist es daher erforderlich, zu wissen, wie viele Kinder als erste, zweite, dritte usw. Sprößlinge der jeweiligen Mutter geboren werden.

Über die Geburtenfolge unterrichten uns amtliche Angaben aus Baden[3]); diese habe ich für die in unserer Tafel 9 enthaltenen Zahlenreihen benutzt.

Tafel 9.

Von 1000 Entbindungen in Baden kamen auf die 1., 2. usw. Niederkunft

Jahr	1.	2.	3.	4.	5.—7.	8.—12.	13.—16.	17. und öfter
Durchschnitt der Jahre 1878/86	176,17	156,48	138,83	124,79	256,33	134,25	12,25	0,90
„ „ „ 1891/99	207,38	178,03	146,38	119,38	221,06	113,72	12,03	1,16
„ „ „ 1903/11	213,51	185,26	148,11	119,30	214,20	106,94	11,64	1,07
Jahr 1913	230,57	187,81	145,10	114,30	204,69	103,55	12,55	1,43
„ 1921	373,89	226,78	120,18	84,49	131,56	56,45	5,94	0,71
„ 1922	345,80	256,73	133,38	79,28	126,12	52,63	5,68	0,38

(Nach amtlichen Angaben.)

[1]) Stat. Jahrb. d. Stadt Berlin 33. Jahrg., 1916.

[2]) C. Hamburger: „Beitrag zu der Frage, ob Kinderzahl und Kindersterblichkeit zusammenhängen“, Berl. Klin. Wochenschr. 1916 Nr. 17. Siehe hierzu auch R. Levinsohn: „Frauenkrankheiten und Gebärtätigkeit“, Abh. in Grotjahns „Soziale Pathologie“, Berlin 1923. — So verdienstvoll die Arbeiten von Hamburger sind, so ist diesen Ergebnissen gegenüber (wegen der benutzten Methode) Vorsicht geboten. Reiter und Helm sind auf Grund von Erhebungen in Rostock zu ähnlichen Ergebnissen wie Hamburger gelangt; siehe Öffentliche Gesundheitspflege 1921 S. 48 bezw. 390.

[3]) Siehe die verschiedenen Jahrgänge von „Die Statistik der Bewegung der Bevölkerung des Großh. Baden“, Sondernummern der „Statistischen Mitteilungen über Baden“.

In der Tafel 9 werden zunächst die Durchschnitte von drei Jahrneunten berücksichtigt; in der Mitte jedes dieser Jahrneunte steht eines der Berufszählungsjahre 1882, 1895, 1907. Von Berufszählung zu Berufszählung ergab sich in Baden[1]) eine ganz besonders starke Zunahme der weiblichen Erwerbsarbeit. Dies hat dazu beigetragen, daß von 1878/86 bis 1903/11 die Zahl der 1. und 2. Niederkünfte relativ gestiegen, die der 5. bis 12. dagegen erheblich gefallen ist. Von der 13. Niederkunft an bemerkt man aber keine Verminderung. Diese Verhältnisse sind bis zum letzten Jahr vor dem Kriege (1913) die gleichen geblieben. Seit 1921 ist noch eine weitere bedeutende Vermehrung der 1. und 2. Entbindungen und eine entsprechende Verringerung aller anderen Niederkünfte zu beobachten. Diese Erscheinung kennzeichnet den Geburtenausfall während des Krieges.

Wie sich die Geburten nach dem Beruf und der Berufsstellung der Eltern bezw. der Mütter der Neugeborenen gliedern, kann man amtlichen Angaben aus Preußen[2]), die ich unseren Zwecken entsprechend in den Tafeln 10 und 11 zusammengestellt habe, entnehmen. Der Beruf der Eltern und die Berufsstellung üben, wie man z. B. an der Militärtauglichkeit[3]) erkennt, einen großen Einfluß auf das gesundheitliche Schicksal der Kinder aus.

Tafel 10.

Beruf und Erwerbszweig der Eltern der Geborenen in Preußen 1921.

Berufsgruppe der Eltern	Lebendgeborene	Unter 100 Geborenen kamen auf nebenstehende Berufsabteilung
Landwirtschaft (A)	241 403	24,92
Industrie (B) . .	448 745	46,32
Handel (C) . . .	147 557	15,23
Sämtl. Berufe . .	968 767	100,00

(Nach amtlichen Angaben.)

Tafel 11.

Berufsstellung der Eltern der Geborenen in Preußen 1921. (Berufsabteilungen A, B und C.)

Berufsstellung	Lebendgeborene	Von 100 Lebendgeborenen der Berufsabt. A, B u. C kamen auf nebenstehende Berufsstellung
Selbständige (a) .	208 542	25,83
Angestellte (b) . .	50 016	6,20
Arbeiter (c) . . .	312 493	38,71
Dienende (d) . .	236 249	29,26
Zusammen . .	807 300	100,00

(Nach amtlichen Angaben.)

In der Tafel 10 werden die Lebendgeborenen der Berufsabteilung A (Landwirtschaft) mit B (Industrie) und C (Handel) verglichen. Man sieht, daß in Preußen, das eine sehr ausgedehnte Landwirtschaft besitzt, doch nur 24,92% aller Geborenen auf die landwirtschaftlich, dagegen 46,32 auf die industriell Tätigen entfallen. In der Tafel 11 werden von den drei Berufsabteilungen A, B und C

[1]) Siehe Tafel 20 auf Seite 70.
[2]) Zeitschr. d. Preuß. Stat. Landesamts 1922 Abt. 1 und 2, Berlin 1923.
[3]) Siehe den Abschnitt „Jugendliche einschl. d. Gestellungspflichtigen" S. 299.

zusammen die Geborenen jeweils der Selbständigen (a), der Angestellten (b), der Arbeiter (c) und der Dienenden (d) untereinander verglichen. Man entnimmt der Tafel 11, daß nur 25,83% aller lebendgeborenen Kinder von Eltern, die sich in selbständiger Stellung befinden, stammen; und selbst wenn wir die aus der Berufsstellung b, dem Mittelstand, hervorgehenden Sprößlinge noch hinzurechnen, so kommt auf den Nachwuchs der Personen in gehobener oder mittlerer Berufsstellung zusammen noch nicht ein Drittel aller Geborenen. Diese Tatsache ist im Hinblick auf die spätere Militärtauglichkeit, die bei den Söhnen der Unselbständigen nur etwa halb so groß ist wie bei den Söhnen der Selbständigen, sehr bedenklich.

In Schottland wurde bei der Volkszählung im Jahre 1911, nach Angabe von Burgdörfer[1]), festgestellt, daß die Familien der Landwirte und Kohlenbergleute durchschnittlich mehr als 7 Kinder zur Welt gebracht haben, während in den Familien der höheren Beamten, Ärzte, Offiziere durchschnittlich noch keine 4 Kinder geboren sind.

Bedeutungsvoll für die Gesundheit der Säuglinge ist es, ob sie ehelich oder unehelich geboren sind; der Einfluß der Legitimität wird in dem Abschnitt „Säuglinge" erörtert. Hier unterrichten wir uns zunächst nur mittels der Tafel 12 darüber, wieviel uneheliche Kinder im Deutschen Reich und in den Gliedstaaten auf 100 eheliche entfallen.

Die Tafel 12 zeigt, daß vor dem Kriege im Deutschen Reich auf 100 eheliche Geburten noch nicht ganz 10 uneheliche entfielen; seit dem Kriege ist aber die Zahl der unehelichen Geburten im Verhältnis zu den ehelichen erheblich gestiegen. Die einzelnen Gliedstaaten weichen zum Teil stark von dem Reichsdurchschnitt ab; die Zahl der unehelichen Geburten ist verhältnismäßig niedrig in Westfalen und Hessen-Nassau, dagegen hoch in Bayern rechts des Rheins.

Die Tafel 12 zeigt auch, wie sich die Neugeborenen nach dem Geschlecht gliedern.

Wir sehen, daß 1921 im Deutschen Reich auf 100 Mädchen 107,8 Knaben kommen. Die Zahl der Knabengeburten ist seit dem Kriege, wie die Tafel 12 lehrt, im Verhältnis zu den Mädchengeburten gestiegen. Manche Gliedstaaten weichen zwar von diesen Reichsdurchschnittsziffern ab; aber gerade hier darf man sich nur auf große Zahlen stützen.

Nicht nur für Deutschland, sondern für alle Länder wurde der Knabenüberschuß festgestellt. Wie Falkenburg ermittelt hat, wurden in sämtlichen europäischen und 27 außereuropäischen Großstädten innerhalb von 30 Jahren mehr Knaben als Mädchen geboren, wenn auch in manchen Großstädten, die über eine Millionen-Einwohnerschaft nicht verfügen, vorübergehend mehr Mädchen zur Welt kamen. Eine einzige Ausnahme stellte nur Neapel dar, wo unter 26 Jahren in 24 Jahren mehr Mädchen als Knaben geboren wurden. Man ist daher berechtigt, das Überwiegen der Knabengeburten als ein durch die Statistik festgestelltes Naturgesetz anzusehen.

Während des Weltkrieges wurde vielfach die Frage aufgeworfen, ob das Geschlechtsverhältnis der Neugeborenen infolge der veränderten wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Zustände eine Verschiebung gegenüber den Friedensergebnissen erfahren hat. Eine Zunahme des Knabenüberschusses wurde auch während früherer Kriege beobachtet; neben anderen Erklärungsarten wurde auf die verschlechterte Volksernährung hingewiesen, da eine ungünstige Ernährung der Frauen die Erzeugung von Knaben fördere. Lucht[2]) bietet amtliche Angaben über die Höhe des Knabenüberschusses während der Kriegsjahre in den großen deutschen Gliedstaaten dar und bemerkt dazu: „In fast allen Gebieten sehen wir für das erste Kriegsjahr 1915 ein Sinken des Knabenüberschusses; dieses geht sogar bisweilen über den tiefsten Stand der Friedensjahre hinaus. In Bayern ist die Erscheinung weniger ausgeprägt, in Baden finden wir das Minimum schon im Jahre 1914. Auch in Preußen haben wir, wenn auch kein Sinken, so doch auch kein Steigen des Geschlechtsverhältnisses gefunden. Die drei Jahre 1916—1918 weisen durchweg einen durchschnittlich höheren Knabenüberschuß auf als die Friedensjahre. Das stetige Steigen kann allerdings nicht immer wahrgenommen werden. Auch in dieser Beziehung liegen die Verhältnisse für Bayern etwas anders. Ist

[1]) Fr. Burgdörfer: „Die schottische Familienstatistik von 1911", Allg. Stat. Arch., 9. Jahrg.
[2]) Siehe: Zeitschrift des Preußischen Statistischen Landesamts Jahrg. 1920 Abt. 1 und 2, Berlin 1921.

Tafel 12.

Die Geborenen und Gestorbenen, Unehelichen und Totgeborenen nach Geschlecht 1921 im Deutschen Reich.

Länder und Landesteile	Geborene									Gestorbene		
	Knaben	Mädchen	Uneheliche		Totgeborene		Auf 100 Mädchen kamen Knaben	Von 100 waren totgeboren		männlich	weiblich	Auf 100 weibliche kamen männliche
			Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen		ehelich	unehelich			
Prov. Ostpreußen	36870	33649	4389	4078	1230	958	109,6	2,9	4,7	18246	17672	103,2
Stadt Berlin	28783	27237	4304	4230	1121	988	105,7	3,2	6,7	23915	25206	94,9
Prov. Brandenburg	31040	28691	3995	3513	1301	949	108,2	3,4	6,0	19524	19353	100,9
„ Pommern	27255	25350	4022	3798	975	762	107,5	3,1	4,5	14333	14209	100,9
„ Posen-Westpreußen	4981	4471	485	457	184	138	111,4	3,3	4,7	2637	2566	102,8
„ Niederschlesien	46760	43532	7555	6987	1896	1460	107,4	3,5	4,8	28145	28362	99,2
„ Oberschlesien	43485	40042	3780	3359	1005	835	108,6	2,0	4,1	25446	23081	110,2
„ Sachsen	46880	43549	6488	6086	1791	1412	107,6	3,3	5,2	25258	23909	105,6
„ Schleswig-Holstein	18192	16973	1806	1829	643	478	107,2	2,8	6,2	9535	9009	105,8
„ Hannover	39981	37234	3166	2929	1513	1201	107,4	3,3	5,8	20429	19815	103,1
„ Westfalen	71021	65530	3511	3272	2347	1936	108,4	3,0	5,8	32522	29706	109,5
„ Hessen-Nassau	28750	26806	1928	1867	1016	901	107,3	3,2	6,2	15102	15863	95,2
Rheinprovinz	94780	88036	5777	5374	3038	2613	107,7	3,3	5,9	50314	47641	105,6
Hohenzollern	924	816	55	63	18	11	113,2	1,6	2,5	477	502	95,0
Preußen	519702	481916	51261	47842	18078	14642	107,8	3,0	5,4	285883	276894	103,2
Bayern rechts des Rheins	91473	84619	12167	11356	2375	1953	108,1	2,4	2,9	53111	52733	100,7
Bayern links d. Rheins (Pfalz)	12782	11825	1057	934	479	344	108,1	3,2	4,8	6736	6314	106,7
Bayern	104255	96444	13224	12290	2854	2297	108,1	2,5	3,0	59847	59047	101,4
Sachsen	60017	56131	9110	8492	2310	1839	106,9	3,3	5,1	32410	32122	100,9
Württemberg	32301	30329	2965	2874	932	781	106,5	2,7	3,2	17919	18667	96,0
Baden	31412	29190	2907	2784	869	623	107,6	2,4	3,1	16578	16443	100,8
Thüringen	22326	20450	2608	2407	813	580	109,2	3,1	4,1	11392	10979	103,8
Hessen	16720	15378	1275	1235	590	458	108,7	3,1	5,6	8693	8854	98,2
Hamburg	10519	9761	1273	1164	433	358	107,8	3,3	8,1	7014	6959	100,8
Mecklenburg-Schwerin	9990	9246	1950	1773	365	304	108,0	3,2	4,7	5679	5559	102,2
Oldenburg	7606	7185	490	484	238	203	105,9	2,8	5,1	3387	3197	105,9
Braunschweig	6223	5626	826	778	244	185	110,6	3,3	5,5	3550	3517	100,9
Anhalt	4809	4310	618	639	175	110	111,6	3,0	4,1	2657	2517	105,6
Bremen	3762	3591	359	349	139	123	104,8	3,4	5,2	2113	2144	98,6
Lippe	2047	1847	112	115	71	58	110,8	3,3	3,5	1000	1005	99,5
Lübeck	1398	1318	168	148	59	38	106,1	3,5	4,4	904	869	104,0
Mecklenburg-Strelitz	1588	1516	281	265	52	55	104,7	3,7	2,9	951	917	103,7
Waldeck	761	699	42	28	31	24	108,9	3,7	4,3	451	418	107,9
Schaumburg-Lippe	533	514	17	16	29	13	103,7	3,8	9,1	327	309	105,8
Deutsches Reich 1921	835969	775451	89486	83683	28282	22691	107,8	3,0	4,8	460755	450417	102,3
Desgl. 1920	856515	795078	97122	90928	29160	23146	107,7	3,0	4,6	492150	493085	99,8
„ 1919	676091	623313	75407	69896	21727	17177	108,5	2,8	4,3	501531	515753	97,2
„ ohne Elsaß-Lothr. 1918	495953	460298	64950	60303	16301	13137	107,7	2,9	4,1	969897	666016	145,6
„ „ „ „ 1917	486572	453366	56035	52298	15275	12554	107,3	2,8	3,9	830009	543244	152.7
„ „ „ „ 1916	537940	502269	59366	55635	17992	14184	107,1	3,0	4,2	811965	487970	166.3
„ „ „ „ 1915	718350	677559	80373	76011	23366	18829	106,0	2,9	3,9	[1])527647	507605	103,9
„ „ „ „ 1914	943105	887787	93061	87503	30465	24018	106,2	.	.	[1])558721	518860	107,7
Deutsches Reich 1913	974894	919699	94100	89877	31161	24684	106,0	.	.	550045	510748	107,7

[1]) Ohne die gestorbenen Militärpersonen.

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

für 1915 das Sinken des Geschlechtsverhältnisses der Geborenen nicht so stark gewesen, so sind auch in den nächsten beiden Jahren keine höheren Verhältnisziffern zu verzeichnen, erst das Jahr 1918 bringt eine freilich ganz beträchtliche Erhöhung."

Zum Beweis dafür, daß die Erhöhung des Geschlechtsverhältnisses als Kriegsfolge und nicht als eine Erscheinung, die auch ohne den Krieg eingetreten wäre, zu deuten ist, führt Lucht die Ergebnisse aus Dänemark, der Schweiz, Holland und Norwegen an; in diesen neutralen Ländern war während des Weltkrieges eine Vergrößerung des Knabenüberschusses nicht feststellbar.

Die Versuche von Grünspan[1]), Rolcke[2]) sowie Fetscher[3]), die Zahl der Knabengeburten auf das niedere Alter des Vaters oder das höhere Alter der Mutter zurückzuführen, haben bis jetzt so wenig einen endgültigen Aufschluß gezeitigt wie die Bemühungen von Lenz[4]), die höhere Knabenziffer damit zu erklären, daß „die männlich bestimmten Spermatosomen . . . . leichter zur Befruchtung gelangen als die weiblich bestimmten".

Es sei nun hier bereits auf die Tatsache hingewiesen, daß, obwohl das Überwiegen der männlichen Geburten — von der Mädchenstadt Neapel abgesehen — überall festgestellt wurde, in den meisten europäischen Staaten, wie oben dargelegt wurde, dennoch ein Frauenüberschuß besteht.

Um einen Einblick in die Sterblichkeit zu erhalten, betrachten wir wieder die Tafeln 5 und 12.

Man entnimmt der Tafel 5, daß im Deutschen Reich während des Krieges die Zahl der auf 1000 Einwohner kommenden Sterbefälle gestiegen ist, und zwar — was von ausschlaggebender Bedeutung ist — trotz des Geburtenrückganges. Und überdies sind bei den in den Jahren 1914 und 1915 gestorbenen Personen die Soldaten nicht mitinbegriffen. Seit 1919 hat die Sterblichkeit wieder abgenommen, obwohl sich die Zahl der Geburten stark vermehrt hat. Die einzelnen Länder bezw. Landesteile, wie besonders Bayern und Schlesien, zeigen auch hierbei vom Reichsdurchschnitt abweichende Ergebnisse. Den größeren Sterblichkeitsziffern entsprechen dann aber zumeist höhere Geburtenzahlen. Aus der Tafel 12 ersieht man, daß 1921 auf 100 weibliche Gestorbene 102,3 männliche entfielen. Seit 1913 hat sich eine erhebliche Veränderung vollzogen. Im Jahre 1919 und auch 1920 sind sogar mehr weibliche als männliche Personen im Deutschen Reich gestorben. Auch im Jahre 1921 waren in manchen Ländern und Landesgebieten weniger Todesfälle bei den Männern als bei den Frauen zu verzeichnen.

Mit Recht ist vielfach betont worden, daß die Sterblichkeitsziffern ohne weiteres noch keinen zuverlässigen Maßstab, mit dem man die Gesundheitsverhältnisse beurteilen kann, darstellen. Denn die Höhe der Sterblichkeit ist, wie die Zeichnung 5 lehrt, bei den einzelnen Altersklassen sehr verschieden; bei einer Bevölkerung, in der die jüngsten und ältesten Altersklassen verhältnismäßig stark besetzt sind, werden daher die allgemeinen Sterblichkeitsziffern größer sein als bei einer Bevölkerung, die eine verhältnismäßig umfangreiche Beteiligung der mittleren Altersklassen aufweist, ohne daß man deshalb schließen darf, die Gesundheitszustände seien in der ersteren Bevölkerung schlechter als in der letzteren.

Man entnimmt der Zeichnung 5, daß sowohl bei dem männlichen wie bei dem weiblichen Geschlecht die Sterblichkeit, die im 1. Lebensjahr sehr groß, aber bereits im 2. Jahr sehr erheblich kleiner ist, im Alter von 10 bis 15 Jahren am niedersten wird. Bei der Altersklasse von 15 bis 20 Jahren (Beginn der Erwerbsarbeit) setzt der Anstieg der Sterblichkeit wieder ein; sie steigt bis zum 40. Lebens-

---

[1]) A. Grünspan: „Zur Frage des Geschlechtsverhältnisses der Geborenen", Leipziger Dissertation, Berlin 1908.

[2]) E. Rolcke: „Einfluß des Alters der Eltern auf das Geschlecht der Kinder?" Allg. Stat. Arch. 1915 Bd. 9.

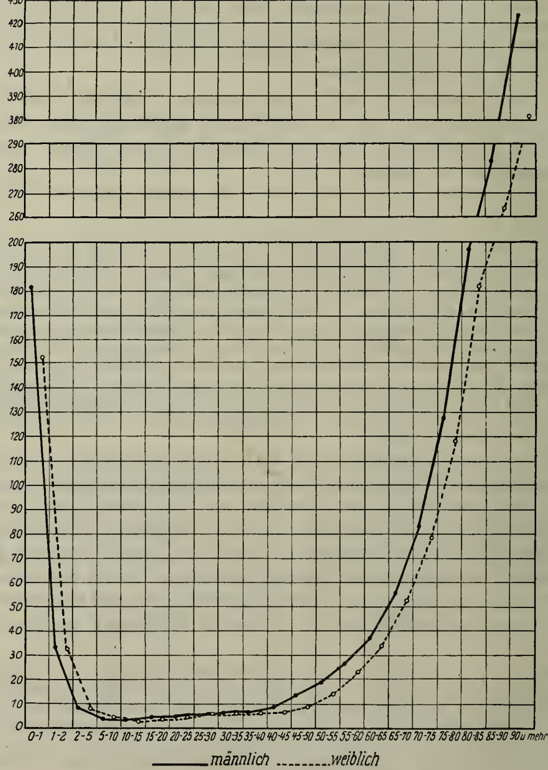
[3]) R. Fetscher: „Zur Frage der Knabenziffer beim Menschen", Arch. f. Rassen- u. Gesellsch.-Biologie 1924 Bd. 15 Heft 3.

[4]) Fr. Lenz: „Eine Erklärung des Schwankens der Knabenziffer", Arch. f. Rassen- u. Gesellsch.-Biologie 1916 Bd. 11 Heft 5. — Die Annahme von Lenz, daß das Steigen der Knabenziffer nach dem Kriege bei der unterliegenden Partei weniger ausgesprochen ist, wurde durch die Tatsachen (siehe unsere Tafel 12) widerlegt.

Zeichnung 5.

Die Sterblichkeit im Deutschen Reich im Durchschnitt der Jahre 1908—1913 nach Alter und Geschlecht.

Auf 1000 Lebende der jeweiligen Altersklasse.



(Nach amtlichen Angaben berechnet und gezeichnet.)

jahr noch verhältnismäßig langsam, um dann nach dem 55. Jahr mit raschen Schritten die höchsten Gipfel zu erreichen. Die Linien verlaufen bei beiden Geschlechtern grundsätzlich gleich; die Sterblichkeit des männlichen Geschlechts ist jedoch im allgemeinen etwas höher als die des weiblichen, nur in den Altersklassen von 5 bis 30 Jahren kreuzen sich die Linien mehrfach.

Um zuverlässige Angaben, die über die Sterblichkeitsverhältnisse unterrichten, zu erhalten, müssen die Vorgänge bei den einzelnen Altersklassen berücksichtigt werden.

Man stellt fest, wie viele von 1000 Geborenen innerhalb ihres ersten Lebensjahres sterben, wie viele von je 1000, die ein Jahr alt geworden sind, innerhalb ihres zweiten Lebensjahres sterben, usw. bis in die höchste Altersklasse. So gelangt man zu einer **Absterbeordnung** oder **Sterbetafel**[1]). Man kann dann auf Grund der Absterbeordnung die **Sterbenswahrscheinlichkeit**, d. h. den zahlenmäßigen Ausdruck für die Wahrscheinlichkeit, während des nächsten Jahres zu sterben, sowie die **mittlere Lebensdauer**, d. h. die Summe der Jahre, die jeder Überlebende im Durchschnitt noch zu erleben hat, berechnen. Bis jetzt wurden im Deutschen Reich Absterbeordnungen für die Zeiträume 1871/1880, 1881/1890, 1891/1900, 1901/1910 und 1910/1911 angefertigt. Aus dem Vergleich dieser Berechnungsergebnisse lassen sich wichtige Schlüsse auf die Veränderungen im Gesundheitswesen ziehen.

Tafel 13.

Mittlere Lebensdauer im Deutschen Reich 1871—1911.

Alter (Jahre)	1871/72 bis 1880/81	1881 bis 1890	1891 bis 1900	1901 bis 1910	1910 bis 1911	1871/72 bis 1880/81	1881 bis 1890	1891 bis 1900	1901 bis 1910	1910 bis 1911
	Männliches Geschlecht					Weibliches Geschlecht				
0	35,58	31,17	40,56	44,82	47,41	38,45	40,25	43,97	48,33	50,68
1	46,52	47,92	51,85	55,12	56,86	48,06	49,67	53,78	57,20	58,78
2	48,72	50,15	53,67	56,39	57,74	50,30	51,91	55,59	58,47	59,64
3	49,38	50,79	53,89	56,24	57,44	50,98	52,58	55,81	58,33	59,33
4	49,53	50,93	53,70	55,77	56,88	51,14	52,73	55,62	57,87	58,77
5	49,39	50,76	53,27	55,15	56,21	51,01	52,58	55,22	57,27	58,10
10	46,51	47,75	49,66	51,16	52,08	48,18	49,69	51,71	53,35	53,99
15	42,38	43,54	45,31	46,71	47,60	44,15	45,63	47,47	49,00	49,58
20	38,45	39,52	41,23	42,56	43,43	40,19	41,62	43,37	44,84	45,35
25	34,96	35,83	37,38	38,59	39,39	36,53	37,81	39,43	40,84	41,28
30	31,41	32,11	33,46	34,55	35,29	33,07	34,21	35,62	36,94	37,30
35	27,88	28,49	29,59	30,53	31,18	29,68	30,69	31,87	33,04	33,32
40	24,46	25,03	25,89	26,64	27,18	26,32	27,16	28,14	29,16	29,38
45	21,16	21,67	22,37	22,94	23,35	22,84	23,57	24,37	25,25	25,39
50	17,98	18,41	19,00	19,43	19,71	19,29	19,89	20,58	21,35	21,45
55	14,96	15,32	15,81	16,16	16,30	15,88	16,38	16,96	17,64	17,68
60	12,11	11,43	12,82	13,14	13,18	12,71	13,14	13,60	14,17	14,17
65	9,55	9,82	10,12	10,40	10,38	9,96	10,29	10,62	11,09	11,03
70	7,34	7,51	7,76	7,99	7,90	7,60	7,84	8,10	8,45	8,35
75	5,51	5,60	5,80	5,97	5,84	5,66	5,87	6,07	6,30	6,19
80	4,10	4,11	4,23	4,38	4,25	4,22	4,37	4,48	4,65	4,52
85	3,06	2,99	3,05	3,18	3,13	3,14	3,26	3,32	3,40	3,36
90	2,34	2,20	2,23	2,35	2,30	2,37	2,49	2,52	2,59	2,49
95	1,80	1,67	1,68	1,80	1,76	1,81	1,99	2,00	2,10	1,91
100	1,36	1,37	1,30	1,50	1,48	1,24	1,74	1,67	1,87	1,60

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1921/22.)

[1]) Über die Art, wie die Sterbetafeln hergestellt werden, siehe „Reichsarbeitsblatt" 1911 Nr. 5. Vgl. auch **Rahts**: „Die neuen deutschen Sterbetafeln", Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissenschaft 1916 Bd. 16 S. 663 ff.

Für die männlichen Neugeborenen ergab sich, wie die Tafel 13 zeigt, 1871/80 eine mittlere Lebensdauer von 35,58 Jahren; sie stieg in den folgenden Zeiträumen auf 37,17, dann auf 40,56, dann auf 44,82 und schließlich auf 47,41 Jahre. Bei dem weiblichen Geschlecht ist eine Verlängerung von 38,45 Jahren im Zeitraum 1871/80 auf 50,68 Jahre im Zeitraum 1910/11 festzustellen. Des weiteren sieht man, daß die 20jährigen Männer in dem Zeitraum 1910/11 die Männer gleichen Alters in dem Zeitraum 1871/80 um 4,98 Jahre hinsichtlich der mittleren Lebensdauer übertrafen; bei dem weiblichen Geschlecht sind es sogar 5,16 Jahre. Dies ist nicht nur ein gutes Zeichen für die Gesundheitsverhältnisse, es ergibt sich auch ein erheblicher wirtschaftlicher Gewinn, was dann wiederum den hygienischen Zuständen zustatten kommt. — Hervorzuheben ist, daß in allen Altersklassen und für jeden der hier in Betracht gezogenen Zeiträume das weibliche Geschlecht günstigere Ziffern darbietet als das männliche.

Ein Vergleich der deutschen Ergebnisse mit den von einigen ausländischen Staaten, für die aus entsprechenden Zeiträumen Angaben vorliegen, lehrt, daß die mittlere Lebensdauer bei jedem Geschlecht im Deutschen Reich kürzer ist als in England, Schweden, Norwegen, Dänemark und in der Schweiz, jedoch länger als in Österreich und Italien.

Die mittlere Lebensdauer ist bei den Verheirateten länger als bei den Ledigen. Sie belief sich, nach Guradze[1]), gemäß den auf der Volkszählung von 1910 beruhenden Ergebnissen der Jahre 1910/11 z. B. bei 35 Jahre alten verheirateten Männern auf 32,28, bei ledigen aber nur auf 27,03 Jahre, bei 35 Jahre alten verheirateten Frauen auf 34,05, bei ledigen jedoch nur auf 31,73 Jahre. Allerdings ist hierbei zu berücksichtigen, daß sich unter den Ledigen stets viele befinden, die wegen eines Leidens sich nicht verehelicht haben; diese Ursache der Ehelosigkeit verkürzt zugleich naturgemäß auch die Lebensdauer der Unverheirateten.

Die mittlere Lebensdauer hat sich zwar in allen Kulturstaaten und insbesondere auch im Deutschen Reich während der letzten Jahrzehnte erheblich verlängert. Trotzdem kann man die von J.L.Casper[2]) als Vorspruch für sein im Jahre 1835 veröffentlichtes Buch über die Lebensdauer benutzte Frage: „Währet des Menschen Leben siebenzig — und wenn es hoch kommt, achtzig?“ bei weitem noch nicht allgemein bejahen.

Nun muß aber betont werden, daß man aus der Betrachtung der Ergebnisse, die lediglich über die mittlere Lebensdauer unterrichten, kein ganz richtiges Bild von dem gesundheitlichen Unterschied der beiden Geschlechter erhält. Denn auf Grund der Zahlen, welche die Tafel 13 darbietet, könnte man auf eine gesundheitliche Überlegenheit des weiblichen Geschlechts in allen Altersklassen schließen. Daß jedoch in manchen Altersklassen das männliche Geschlecht günstiger dasteht, zeigt die Berechnung der Sterbenswahrscheinlichkeit, worüber sich Angaben in Tafel 14 befinden.

Die Tafel 14 lehrt zunächst, daß bei beiden Geschlechtern in allen Altersklassen bis zum 70. Jahr die Sterbenswahrscheinlichkeit von 1901/10 bis 1910/11 geringer geworden ist. Man erkennt dann weiter, daß in den Altersklassen von 25 bis 35 Jahren, d. h. in den wichtigsten Jahren der Gebärtätigkeit, das weibliche Geschlecht sowohl 1901/10 als auch 1910/11 (mit einer Ausnahme für das Alter von 35 Jahren in dem Zeitraum 1901/10) eine größere Sterbenswahrscheinlichkeit als die Männer aufweist.

Schließlich sei noch bemerkt, daß man die größere gesundheitliche Gefährdung des weiblichen Geschlechts in den für die Gebärtätigkeit wichtigsten Jahren auch daran erkennt, daß, wie die Tafel 15 lehrt, die Frauen in dieser Zeit sowohl den wirklichen Sterbe-

---

[1]) Hans Guradze: „Bevölkerungsbewegung und Bevölkerungsstand“, Art. i. Handw. d. Sexualwissensch., Bonn 1923.

[2]) J. L. Casper: „Die wahrscheinliche Lebensdauer des Menschen, in den verschiedenen bürgerlichen und geselligen Verhältnissen, nach ihren Bedingungen und Hemmnissen untersucht“. Berlin 1835.

ziffern nach als auch gemäß der Beziehung der Gestorbenen auf 1000 Lebende der betreffenden Altersklassen ungünstigere Ergebnisse als die Männer darbieten. Quételet hat schon auf die größere Sterblichkeit der Frauen, besonders der auf dem Lande wohnenden, während der Dauer der Fortpflanzungsfähigkeit hingewiesen.

Wenn wir erfahren wollen, wie sich die Sterblichkeitsverhältnisse in Stadt und Land unterscheiden, so müssen wir auch hierbei uns vor allem an die Sterbetafeln halten. Geeignete Angaben hierfür bieten die Sterbetafeln aus Preußen[1]). Man entnimmt ihnen, daß

Tafel 14.

1000facher Wert der Sterbenswahrscheinlichkeit in Deutschland.

Alter in Jahren	1910/11	1901/10	1910/11	1901/10
	Männliches Geschlecht		Weibliches Geschlecht	
0	181,45	202,34	153,05	170,48
5	4,40	5,28	4,33	5,31
10	2,18	2,44	2,20	2,56
15	2,70	2,77	2,82	3,02
20	4,66	5,04	3,87	4,22
25	4,72	5,18	4,99	5,37
30	5,05	5,56	5,64	5,97
35	6,14	6,97	6,57	6,86
40	8,23	9,22	7,08	7,71
45	11,01	12,44	7,94	8,54
50	15,40	16,93	10,81	11,26
55	21,65	23,57	15,32	16,19
60	31,20	32,60	24,11	24,73
65	46,33	47,06	38,54	39,60
70	68,75	69,36	61,93	62,06
75	109,28	106,40	98,34	98,31
80	160,57	157,87	151,41	146,50
85	235,89	231,60	218,62	217,39
90	327,21	320,02	302,38	295,66

(Nach Stat. d. D. Reichs Bd. 275.)

das männliche Geschlecht auf dem Lande eine längere mittlere Lebensdauer aufweist als in der Stadt. Auch bei dem weiblichen Geschlecht zeigt die ländliche Bevölkerung günstigere Ergebnisse als die städtische; der Unterschied ist jedoch hier, namentlich in den Hauptjahren der Fortpflanzungsfähigkeit, weit geringer als bei den Männern. Man erkennt aus diesen Ergebnissen die Einflüsse der Wohnweise wie der Tätigkeitsart, aber auch der ärztlichen Versorgung (besonders bei Entbindungen).

Sodann wirkt die Wohlhabenheit auf die Sterblichkeitsverhältnisse wesentlich ein. Der Begriff „Wohlhabenheit" läßt sich allerdings nicht gerade sehr genau bezeichnen. Immerhin bieten die Angaben über das Einkommen, die Größe der Wohnung oder den Mietpreis einen brauchbaren Anhalt für ein Urteil über die wirtschaftliche Lage. Man

[1]) Statist. Jahrb. f. d. Preuß. Staat, 10. Jahrg. (1913) u. 15. Jahrg. (1918).

gelangt so zu einer Gliederung des Volkes nach der Wohlhabenheit und berechnet dann für jede Gruppe die betreffenden Sterblichkeitsziffern. Ergebnisse solcher Untersuchungen liegen aus manchen Gebieten vor; und wenn auch die Forscher hierbei nicht immer die gleichen Maßstäbe verwendet haben, so stimmten sie doch alle darin überein, daß die Kindersterblichkeit bei den Wohlhabenden weit geringer ist als bei den Armen. Schwieriger ist der Nachweis des Unterschiedes bei den Erwachsenen. Aber auch hier ist man, u. a. auf Grund der reichen Erfahrungen, welche die Lebensversicherungsanstalten gewonnen

Tafel 15.

Sterbefälle und Sterbeziffern (auf 1000 Lebende) im Deutschen Reich 1913, getrennt nach Geschlecht und Alter.

Altersstufen	Sterbefälle	Sterbeziffer	Sterbefälle	Sterbeziffer
	Männliches Geschlecht		Weibliches Geschlecht	
1—5	41 124	13,5	38 645	12,8
5—10	11 040	2,9	11 086	3,0
10—15	6 889	1,9	7 204	2,0
15—20	11 285	3,4	10 060	3,1
20—25	12 984	4,4	11 668	4,0
25—30	11 999	4,6	12 332	4,7
30—35	12 281	5,1	12 695	5,3
35—40	14 619	6,4	14 039	6,1
40—45	16 082	8,6	13 233	6,9
45—50	18 837	11,6	14 529	8,5
50—55	22 807	16,6	17 443	11,8
55—60	26 026	24,1	21 340	17,4
60—65	31 547	35,8	29 227	27,9
65—70	33 481	52,8	35 419	44,5
70—75	35 612	80,2	40 822	72,0
75—80	29 716	123,9	36 157	113,1
80—85	18 119	189,2	23 394	176,1
85—90	7 530	273,6	10 775	258,0
über 90	2 024	386,6	3 408	373,1

(Nach Stat. d. D. Reichs Bd. 276.)

haben, zu einem ähnlichen Ergebnis gelangt. Aus der Fülle der hierhin gehörenden Angaben seien nur wenige hervorgehoben. Schon Casper[1]) hat im Jahre 1835 ausführlich dargelegt, daß in allen Altersklassen die Lebensdauer der Reichen weit größer ist als die der Armen; er führt Gretchens Worte: Nach Golde drängt — Am Golde hängt — Doch alles, ach! wir Armen! an und legt dar, wie den Menschen beim Jagen nach den Glücksgütern ein Instinkt zuflüstert, daß sie sich mit Geld zugleich ein längeres Leben verschaffen. Bei dem Vergleich der Sterblichkeit in fürstlichen und gräflichen Familien mit der Mortalität von Berliner Stadtarmen stellte er fest, daß die mittlere Lebensdauer der Fürsten und Grafen 50, die der Berliner Almosenempfänger nur 32 Jahre betrug; „der Zufall, der ein Kind auf den Polstern des Begüterten geboren werden ließ, gab ihm ein Geschenk von

[1]) J. L. Casper: siehe die Fußnote 2 auf Seite 58.

achtzehn mehr zu durchlebenden Jahren mit auf den Weg, als dem anderen Kinde, das auf dem Strohlager der Bettlerin zur Welt kam!" Sodann sei auf die Arbeit von J. Funk[1]), der die Sterblichkeit in 4 wirtschaftlich verschiedenen Stadtteilen von Bremen während der 5 Jahrfünfte von 1876 bis 1900 untersucht hat, hingewiesen. Hierbei fand er, daß die Sterblichkeit bei den Bewohnern des ärmsten Stadtteiles in jeder Altersklasse während fast aller Zeiträume höher war als bei der übrigen Bevölkerung. An der Verkleinerung der Sterbeziffern, die sich seit 1876 bei der Bremer Bevölkerung im allgemeinen gezeigt hat, waren, was besonders zu betonen ist, die Bewohner des ärmsten Stadtteiles nur in geringem Umfange beteiligt. Die Säuglingssterblichkeit hat sich sogar seit dem ersten in Betracht gezogenen Jahrfünft bei dieser Volksschicht ganz auffallend vergrößert; auch die Mortalität der Altersklasse von 1—5 Jahren ist während der genannten Jahrfünfte in diesen Kreisen, im Gegensatz zu den Ergebnissen der anderen Bremer Kinder, nicht geringer geworden. (Über den Einfluß der Wohlhabenheit auf die Sterblichkeit bei den einzelnen Krankheiten siehe S. 352 im Abschnitt „Sozialpathologische Übersicht".) A. Niceforo[2]) hat 1910 gezeigt, daß die Sterblichkeit in Paris bei den Bewohnern der reichen Stadtviertel 10,5 ‰, bei den der armen Viertel aber 22,5 ‰ betrug. Er verglich hiermit die Sterblichkeitsunterschiede, die sich zu derselben Zeit zwischen zwei so verschiedenartigen Völkern, wie den Italienern und Norwegern, ergaben; die Sterblichkeit für Italien belief sich auf 23,8, für Norwegen auf 15,8 ‰. Diese Gesetzmäßigkeit wies Niceforo nicht nur hinsichtlich der Sterblichkeit, sondern auch der Häufigkeit der ehelichen und unehelichen Geburten nach. Und so folgerte er, daß auf diesen (und anderen) hygienischen Gebieten der Klassengegensatz von stärkerem Einfluß ist als der demographische Unterschied.

Schließlich ist noch der Einfluß, den der Beruf auf die Sterblichkeit ausübt, zu erörtern. Wir kommen hierauf in den Teilen, die den einzelnen Personenklassen sowie den einzelnen Krankheitsarten gewidmet sind, ausführlich zu sprechen. Hier seien nur folgende allgemeine Angaben angereiht: Die einzelnen Berufsarten zeigen hinsichtlich der Sterblichkeitszahlen sehr große Unterschiede, so daß man deutlich erkennt, wie sehr die Gesundheitsverhältnisse auch von der Beschäftigungsart abhängen. Aus englischen[3]) Statistiken kann man ersehen, daß am günstigsten die gelehrten Berufe, und namentlich die Geistlichen, dastehen, während die gewerblichen Arbeiter zumeist höhere Zahlen, als dem allgemeinen Durchschnitt entspricht, darbieten. Bemerkenswert ist die große Sterblichkeit bei Bierbrauern, Gastwirten und Kellnern; hier spielt der umfangreiche Alkoholverbrauch, der bei der Tätigkeit in diesen Berufszweigen offenbar schwer zu vermeiden ist, eine maßgebende Rolle. Betont sei jedoch, daß manche Berufsarten, die keineswegs ge-

---

[1]) J. Funk: „Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen", Mitteil. d. Brem. Stat. Amtes 1911 Nr. 1.

[2]) Alfredo Niceforo: „Anthropologie der nichtbesitzenden Klassen", aus dem Italienischen übersetzt von R. Michels u. A. Köster, Leipzig 1910, S. 270 ff.

[3]) Supplement to the 75. Annuel Report of the Registrar-General of births, deaths and marriages for England and Wales Part IV Mortality of Men in certain Occupations in the three Years 1910, 1911 and 1912, London 1922. — Solche Angaben über die Berufssterblichkeit wurden in England seit 1851 alle 10 Jahre veröffentlicht. Auch die Niederlande haben eine derartige Statistik, erstmalig für 1908 bis 1911, herausgegeben. Siehe „Satist. van de Sterfte 1908—1911; Bijdragen tot. Stat. van Niederlande" N. Folge Nr. 247 (1917). Vgl. auch die Literaturangaben S. 68 Ziffer 16c und d. Über allerdings lange zurückliegende Mitteilungen, welche sich auf die Lebensdauer bei einzelnen Berufsarten in Deutschland erstrecken, siehe Oesterlen: „Handb. d. med. Statistik" 1865 S. 214.

sundheitliche Vorzüge besitzen, hauptsächlich deswegen günstige Zahlen darbieten, weil sich ihnen vorzugsweise sehr kräftige Personen widmen; dies gilt z. B. für die Grobschmiede. Bei den englischen Geistlichen ist die Sterblichkeit zum Teil wohl deswegen so niedrig, weil viele von den Theologiestudierenden während der langen Vorbereitungszeit sterben, ehe sie ein Amt erhalten. Diese Hinweise mahnen dazu, bei Schlüssen aus Zahlenreihen, die sich mit der Sterblichkeit bei den einzelnen Berufsarten befassen, die größte Vorsicht walten zu lassen. (Vgl. die Tafel 100 S. 325 und auch die Darlegungen über den Altersaufbau der deutschen Lohnarbeiter in den einzelnen Berufsarten, S. 77 ff.)

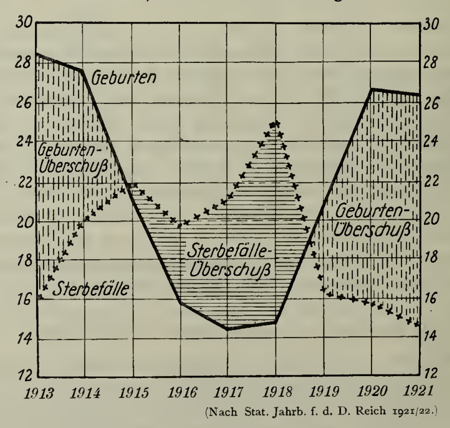
Der Unterschied zwischen der Zahl der Geburten und der Ziffer der Sterbefälle stellt den Geburtenüberschuß oder gegebenenfalls den Sterbefälleüberschuß dar. Wie groß der Geburtenüberschuß 1921 in den deutschen Gliedstaaten war, zeigt unsere Tafel 5.

Man entnimmt der Tafel 5, daß 1921 der Geburtenüberschuß im Deutschen Reich 11,3 ‰ betrug. Von dieser Durchschnittszahl weichen nur großstädtische Gebiete wie Berlin, Hamburg, Lübeck erheblich nach unten ab. Übertroffen wird der Reichsdurchschnitt namentlich in Oberschlesien und Ostpreußen, und zwar hier trotz hoher Sterblichkeit infolge der zahlreichen Geburten. Bayern rechts des Rheins hat zwar einen dem Reichsdurchschnitt fast gleichen Geburtenüberschuß, aber nur deswegen, weil hier die Geburtenziffer und zugleich die Zahl der Sterbefälle höher sind als im Reich. Des weiteren zeigt die Tafel 5, daß der Geburtenüberschuß im Jahre 1921 beinahe wieder den Umfang wie im Jahre 1913 erreicht hat. (Siehe auch den Abschnitt „Fortpflanzung" S. 205.)

Zeichnung 6.

Geburten- und Sterbefälleüberschüsse im Deutschen Reich 1913—1921

Auf je 1000 der Bevölkerung.



(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1921/22.)

Während des Krieges hat sich bei uns eine ungeheure Wandlung in der Bevölkerungsbewegung vollzogen. Bereits im Jahre 1915 stellte sich ein Sterbefälleüberschuß von 1,0 ‰ heraus; er stieg von Kriegsjahr zu Kriegsjahr und erreichte 1918 die Höhe von 10,5 ‰. Im Jahre 1919 trat dann wieder erstmalig ein Geburtenüberschuß, und zwar

von 4,5 $^{0}/_{00}$, auf; er belief sich jeweils im zweiten Viertel der Jahre 1922 und 1923 auf 9,7 bezw. 8,2 $^{0}/_{00}$. Diesen Wechsel von Geburten- und Sterbefälleüberschuß veranschaulicht unsere Zeichnung 6 besonders deutlich. (Der Tafel 5 lassen sich diese Vorgänge nicht so deutlich entnehmen, weil hier die in den Jahren 1914 und 1915 gestorbenen Militärpersonen unberücksichtigt geblieben sind.)

Hinsichtlich des Geburtenüberschusses zeigen sich zwischen Stadt und Land erhebliche Unterschiede. Der Überschuß[1]) belief sich 1920 in deutschen Orten mit über 15000 Einwohnern auf 7,9 $^{0}/_{00}$, in den Orten mit unter 15000 Einwohnern auf 12,8 $^{0}/_{00}$; für 1921 lauten die entsprechenden Zahlen: 8,1 und 13,6 $^{0}/_{00}$.

Der Geburtenüberschuß in den ausländischen Staaten, über welche Angaben vorliegen, unterscheidet sich von den deutschen Ergebnissen zum Teil sehr erheblich, was aus Tafel 16 zu ersehen ist.

Tafel 16.

Der Geburtenüberschuß in den wichtigsten europäischen und außereuropäischen Staaten.

Staat	Jahr	Geburtenüberschuß auf 1000 Einwohner	Staat	Jahr	Geburtenüberschuß auf 1000 Einwohner
Deutsches Reich	1922	9,7	Norwegen[1])	1922	12,3
Österreich	1921	6,7	England u. Wales[1])	1922	7,6
Ungarn	1922	8,6	Ver. St. v. Amerika	1920	10,6
Rußland	1912	16,2	Britisch-Indien	1921	1,5
Italien	1921	11,9	Japan	1921	12,4
Frankreich	1922	1,8	Australischer Staatenbund[2])	1921	15,1
Belgien	1922	6,5	Neuseeland[2])	1921	14,6
Niederlande	1922	14,4			
Schweden[1])	1922	6,8			

1) Vorläufige Zahlen. 2) Ohne Ureinwohner. (Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

Die Tafel 16 zeigt, daß 1912 in Rußland ein sehr hoher Geburtenüberschuß festgestellt wurde; aber er wurde nur mit großen Opfern an Gut und Blut erreicht (die Geburten betrugen 41,4, die Sterbefälle 25,2 $^{0}/_{00}$). Ähnlich sind die Ergebnisse in Japan[2]). Vorbildlich ist dagegen der natürliche Zuwachs in den Niederlanden sowie in den australischen Staaten; hier findet man ansehnliche Geburtenziffern bei niedrigen Sterbezahlen. Den geringsten Zuwachs weisen Frankreich und Britisch-Indien auf; aber die Gründe hierfür sind in diesen Gebieten verschieden. Frankreichs Sterbeziffer (17,5 $^{0}/_{00}$) gehört zwar nicht zu den höchsten, aber seine Geburtenzahl (19,3 $^{0}/_{00}$) ist sehr gering; in Indien dagegen werden sehr viele Kinder geboren (31,4 $^{0}/_{00}$), die Sterblichkeit (29,9 $^{0}/_{00}$) ist jedoch gewaltig.

Über den Geburtenüberschuß in 22 europäischen Großstädten hat Falkenburg zahlenmäßige Angaben, von denen wir die beachtenswertesten in der Zeichnung 7 darbieten, veröffentlicht.

Die Zeichnung 7 lehrt, daß der Geburtenüberschuß in Birmingham eine sehr breite Fläche darstellte; es kann hier noch hinzugefügt werden, daß ähnliche Ergebnisse in anderen großen Industriestädten Englands gefunden wurden. Bedeutend war der Zuwachs auch in Amsterdam und immerhin

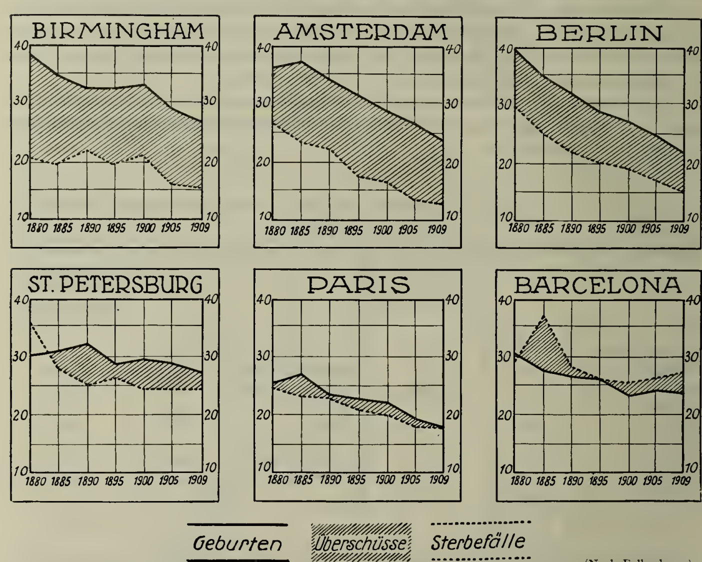
1) Nach „Wirtschaft u. Statistik" 1924 Nr. 1.

2) Der Japaner G. Teruoka schildert, wie schnell sich die Umstände auf dem Gebiete der Bevölkerungsbewegung in Japan ändern. Siehe seinen Aufsatz „Geburtenrückgang in Japan", Arch. f. Frauenkunde u. Eugenetik 1922 Bd. VIII.

Zeichnung 7.

Geburten- bezw. Sterbefälleüberschüsse in europäischen Großstädten 1880—1909.

Auf je 1000 der Bevölkerung.



(Nach Falkenburg.)

noch ansehnlich in Berlin, dagegen klein trotz der hohen Geburtenzahlen in Petersburg und sehr gering in Paris trotz der niedrigen Sterblichkeit. In Barcelona zeigte sich sogar ein Sterbefälleüberschuß. — Es muß nun zwar betont werden, daß die in diesen zeichnerischen Darstellungen enthaltenen Angaben sich nur auf willkürlich ausgewählte Jahre, 1880, 1885 usw., nicht auf Durchschnittswerte der ganzen Zeiträume 1880—85, 1886—90 usw. stützen; aber die Ergebnisse sind trotzdem lehrreich, da die Unterschiede zwischen den einzelnen hier berücksichtigten Städten so groß sind, daß sie gewiß nicht nur auf das statistische Verfahren zurückzuführen sind.

Wenden wir uns nun noch dem sozialen Bestandteil der Bevölkerungsbewegung, den Wanderungen, zu.

Man hat durch die Volkszählungen festgestellt, daß die Bevölkerungsvermehrung gewöhnlich nicht dem natürlichen Zuwachs, der durch die Ziffer des Geburtenüberschusses ausgedrückt wird, entspricht; die zuweilen sehr wesentlichen Unterschiede zwischen dem „Soll“ und dem „Ist“ werden durch Zu- und Abwanderungen verursacht.

Wie sich der Wanderungsverlust bezw. -gewinn im Deutschen Reich seit 1871 gestaltet hat, zeigt unsere Tafel 17.

Tafel 17.

Auf 1000 der mittleren Bevölkerung durchschnittlich jährlich Gewinn (+) oder Verlust (—) durch Wanderungen in dem Zeitraum:

	1871-1875	1875-1880	1880-1885	1885-1890	1890-1895	1895-1900	1900-1905	1905-1910
Männlich . .	— 1,93	— 2,07	— 4,85	— 1,36	— 1,91	+ 0,61	+ 0,16	— 0,60
Weiblich . .	— 1,89	— 1,40	— 3,69	— 1,39	— 1,63	+ 0,09	+ 0,20	— 0,42
Zusammen .	— 1,91	— 1,73	— 4,26	— 1,38	— 1,77	+ 0,35	+ 0,18	— 0,51

(Nach Stat. d. D. Reichs.)

Man entnimmt der Tafel 17, wie gewaltig besonders in der Zeit von 1871 bis 1885 der Wanderungsverlust in Deutschland war, und daß er noch bis 1895 angehalten hat. Von 1895 an zeigte sich ein geringer Wanderungsgewinn, der sich jedoch in dem letzten Zeitraum vor dem Kriege wieder in einen kleinen Verlust umwandelte. Zugleich sehen wir, daß zwischen den beiden Geschlechtern hinsichtlich des Wanderungsverlustes zeitweise starke Unterschiede bestehen. In der Zeit von 1875 bis 1885 ist der Verlust auf der Männerseite weit größer als bei den Frauen; in den darauffolgenden Zeiträumen wandern aber fast ebenso viele Frauen wie Männer aus, und von 1895 an zeigt sich sogar, daß der Wanderungsgewinn bei den Männern größer ist als auf der Frauenseite.

Um die Zustände noch deutlicher zu kennzeichnen, seien einige wirkliche Zahlen genannt: In dem Jahrfünft 1880/85 betrug der Wanderungsverlust 546681 männliche und 433534 weibliche Personen. Man sieht, daß das Deutsche Reich[1]) damals schon in einem einzigen Jahrfünft eine gewaltige Einbuße erlitten hat, und nimmt zugleich wahr, daß auf der männlichen Seite über 100000 Personen mehr als auf der weiblichen durch die Wanderungen verlorengingen.

Wie die Wanderungen seit dem Ende des Weltkrieges auf die Bevölkerungsbewegung im Deutschen Reich eingewirkt haben, darüber liegen noch keine Zahlenangaben vor. Daß jetzt weite Volksschichten auswandern würden, wenn sie die Möglichkeit dazu hätten, ist gewiß. Wie amtlich mitgeteilt wurde, sind im Jahre 1922 bereits 36527 deutsche überseeische Auswanderer gezählt worden. Von den 35887 über die deutschen Häfen beförderten Auswanderern waren 19196 männlich und 16691 weiblich; darunter waren 11,6% weniger als 14 und 7,7% mehr als 50 Jahre alt, 50% standen im Alter von 17 bis 30 Jahren.

Auswanderungen bedeuten eine schwere gesundheitliche Einbuße für den Staat, der die Menschen verliert. Denn wenn die Ernährungsverhältnisse zu ungünstig werden, verlassen zumeist strebsame und kräftige Personen die Heimat, während es den unternehmungsunlustigen oder willensschwachen Volksgenossen, die unter den gleichen Mißständen leiden, an Mut und Kraft fehlt, um den Wanderstab zu ergreifen. Mit den Auswanderern, von denen jeder auch eine Summe Geldes mit ins Ausland bringen muß, ziehen Volkskraft und Volksvermögen gewöhnlich für immer in die Fremde. Unter den Zurückbleibenden befinden sich dann verhältnismäßig mehr Schwache und Unbemittelte. Infolge von zahlreichen hygienischen Maßnahmen, die im Deutschen Reich vor dem Kriege geschaffen wurden, ist zwar trotz der Wanderungsverluste die Sterblich-

[1]) Wie sehr auch andere Staaten unter dem Wanderungsverlust zu leiden hatten, dafür seien zwei Beispiele angeführt: Von 1901 bis 1909 hat in Italien die Volkszahl nur um 2 Millionen zugenommen, während der Geburtenüberschuß sich auf 3,2 Millionen belief. Auch in England war während des Zeitraumes von 1901 bis 1911 die Bevölkerungszunahme um über 1 Million geringer, als dem Geburtenüberschuß gemäß zu erwarten war.

keit bis 1913 andauernd gefallen; aber die gesundheitliche Beeinträchtigung, die das deutsche Volk durch die umfangreichen Auswanderungen erlitten hat, findet dennoch einen zahlenmäßigen Ausdruck in dem Frauenüberschuß.

Auf das Vorhandensein des Frauenüberschusses haben wir oben schon wiederholt hingewiesen. Welchen Umfang er im Deutschen Reich angenommen hat, darüber belehrt die Tafel 18.

Tafel 18.

Der Frauenüberschuß im Deutschen Reich belief sich:

im Jahre	1871	auf	754824	im Jahre	1900	auf	892684
„ „	1880	„	863195	„ „	1905	„	871916
„ „	1885	„	988396	„ „	1910	„	839489
„ „	1890	„	966806	„ „	1919	„	2859844
„ „	1895	„	957401				

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich.)

Aus der Tafel 2 haben wir bereits ersehen, daß in fast allen europäischen Ländern die Männer von den Frauen an Zahl überragt werden. Es muß nun noch hinzugefügt werden, daß, nach Angaben in „Wirtschaft und Statistik“ 1922 Nr. 9, der schon 1914 vorhandene Frauenüberschuß sich durch den Weltkrieg außer im Deutschen Reich auch in Rußland, Österreich, Großbritannien und Jugoslawien beträchtlich vergrößert hat; für Frankreich und Italien fehlen vorläufig die Angaben. In den am Weltkrieg nicht beteiligten Staaten Dänemark, Norwegen, Schweden und Holland war der Frauenüberschuß bei den Zählungen im Jahre 1920 bezw. 1921 geringer als im Jahre 1910/11.

Wie sich der Frauen- bezw. Männerüberschuß bei den einzelnen Altersklassen seit 1864 in Baden gestaltet hat, zeigen die Zahlenreihen, die von G. Lange veröffentlicht wurden und nach Hinzufügung der Ziffern für das Jahr 1910 in unserer Tafel 19 wiedergegeben werden.

Tafel 19.

Frauen- bezw. Männerüberschuß in Baden.

Auf 100 männliche Personen kamen weibliche:

Zählungsjahr	in den Altersklassen von			
	unter 15	15—40	40—70	70 u. mehr Jahren
1864	99,6	105,7	107,2	97,0
1867	99,8	107,4	108,1	96,6
1871	100,9	106,3	109,8	98,8
1875	101,2	105,4	111,2	98,7
1880	101,7	104,3	112,0	103,9
1885	100,9	103,3	112,0	108,9
1890	100,6	102,7	111,9	113,6
1895	100,6	100,9	110,9	118,4
1900	100,0	97,4	109,5	122,8
1905	100,0	98,1	108,8	121,5
1910	97,7	99,8	108,2	121,6

(Nach G. Lange.)

Da wir aus der Tafel 12 ersehen haben, daß stets im Deutschen Reich mehr Knaben als Mädchen geboren werden, so stellt der Frauenüberschuß eine naturwidrige Erscheinung

dar. Das zahlenmäßige Überwiegen des weiblichen Geschlechts schädigt dann wiederum die Volksgesundheit, da es dazu führt, daß viele Jungfrauen, die bei richtiger Verteilung der Geschlechter heiraten würden, keine Männer finden, und daß wohl manche Männer ledig bleiben, weil sie wissen, daß für die Befriedigung ihrer geschlechtlichen Bedürfnisse genug Mädchen, die sich nicht verehelichen konnten, vorhanden sind. So leistet der Frauenüberschuß der Zunahme der unehelichen Geburten sowie der Verbreitung der Prostitution und der Geschlechtskrankheiten Vorschub.

Mehrere Forscher[1]) haben den Frauenüberschuß auf die sowohl bei den Säuglingen wie in den meisten späteren Altersklassen sich zeigende höhere Sterblichkeit des männlichen Geschlechts zurückgeführt. Aber dies ist, wie A. Fischer[2]), dem sich dann Tugendreich[2]) und in gewissem Umfang auch Kaup[2]) anschlossen, gezeigt hat, ein Irrtum. Denn obwohl das männliche Geschlecht in den meisten Altersklassen höhere Sterbeziffern aufweist, so ergibt sich doch für jedes einzelne Jahr vor dem Weltkrieg infolge des Überwiegens der Knabengeburten ein Männerüberschuß. Dieser belief sich z. B. 1900 auf 18600, 1913 auf 15900. Der Frauenüberschuß, wie er vor dem Weltkrieg zu verzeichnen war, wurde zwar durch die größere Sterblichkeit auf der Männerseite begünstigt; aber erzeugt wurde er, wie sich aus dem Vergleich der Tafel 17 mit den Tafeln 18 und 19 ergibt, hauptsächlich durch die Wanderungsverhältnisse. Bis zum Jahre 1885 nahm die Frauenmehrheit zu, und genau bis zu dieser Zeit gingen durch die Wanderungen weit mehr Männer als Frauen verloren. Vom Jahre 1890 an wendet sich das Blatt; es wandern weniger Männer als Frauen aus, ja es werden später sogar mehr Männer als Frauen gewonnen, und zugleich sinkt, wie Tafel 18 zeigt, in beträchtlichem Maße der Frauenüberschuß. In Baden besteht seit 1900 für die Altersklassen bis zu 40 Jahren kein Frauenüberschuß mehr. Für die Altersklasse von 40 bis 70 Jahren gilt das gleiche, was soeben allgemein für das ganze Reich dargelegt wurde. Den (auch noch 1910 vorliegenden) großen Frauenüberschuß bei der Altersklasse von 70 und mehr Jahren führt auch G. Lange auf die starke Abwanderung namentlich junger Männer in der Zeit von 1847 bis 1855 zurück. Der gewaltige Anstieg des Frauenüberschusses im Jahre 1919, der die Ziffer vom Jahre 1910 um mehr als 2 Millionen überragt, ist die Folge der Verluste auf dem Felde der Ehre.

A. Fischer[2]) hat im Jahre 1912 festgestellt, daß in Gebieten, in denen die Frauen überwiegen, mehr Männer, und umgekehrt dort, wo, wie z. B. in Japan[3]), ein Männerüberschuß besteht, mehr Frauen sterben, während jeweils gerade das Gegenteil zu erwarten wäre. Im allgemeinen müßte bei beiden Geschlechtern die Sterblichkeitsziffer ziemlich gleich hoch sein, da der schweren Berufsarbeit auf der männlichen Seite Menstruationen, Schwangerschaft und Wochenbetten auf der weiblichen Seite als Gesundheitsgefahren

[1]) Bücher, Allg. Stat. Arch. 1902; Friedr. Naumann, Hilfe 1910 Nr. 34; v. Bortkiewicz, Bulletin de l'Institut internat. d. Stat. Tome XIX 1.

[2]) A. Fischer: „Der Frauenüberschuß“, Arch. f. soz. Hyg. Bd. VII Heft 3. Dazu vgl. Tugendreich: „Die Mutter- und Säuglingsfürsorge und die Fürsorge für das Kleinkindalter“, Abhandl. in Weyls Handb. d. Hyg. 2. Aufl. 1912 Bd. VI, sowie Kaup: „Frauenarbeit und Rassenhygiene“, Hamburg 1914.

[3]) Nach dem Résumé statistique de l'empire du Japon 1923 wurden bei der Zählung vom 31. Dezember 1918 in Japan 28,6 Millionen männliche, aber nur 28,0 weibliche Personen festgestellt. Bis einschließlich zur Altersklasse von 55 bis 60 Jahren überwiegt in allen Gruppen das männliche Geschlecht, erst von da an das weibliche. Im Jahre 1920 zeigten zwar die männlichen Säuglinge höhere Sterblichkeitszahlen als die weiblichen; aber vom 2. bis 60. Lebensjahr starben in allen Altersklassen mehr weibliche als männliche Personen. — Vgl. auch die Fußnote 2 auf Seite 63.

gegenüberstehen. In Ländern, die unter Wanderungsverlusten nicht zu leiden hatten, sieht man, daß es dort nicht nur in den jüngsten Altersklassen, sondern auch in den Gruppen von 15 bis 60 Jahren mehr männliche als weibliche Personen gab. Dieser Zustand[1]) ist als natürlich, d. h. als unbeeinflußt von den Wanderungen, zu bezeichnen. In Staaten dagegen, in denen mehr Männer als Frauen sterben, muß man die durchschnittliche gesundheitliche Beschaffenheit der männlichen Bevölkerung als minderwertig erachten. Dieser mißliche Zustand ist die Folge davon, daß in früheren Jahrzehnten weit mehr Männer als Frauen auswanderten, und daß dadurch der gesundheitliche Durchschnittswert des männlichen Geschlechts gesunken ist. Das zahlenmäßige Überwiegen[2]) des weiblichen Geschlechts ist ein gesundheitlich schlechtes Anzeichen. Mußte schon der Frauenüberschuß vor dem Weltkriege Bedenken erregen, so ist jetzt die Gefahr für das Gesundheitswesen im Hinblick auf die gewaltige Zunahme der Frauenmehrheit infolge der Kriegsverluste noch weit größer geworden.

Literatur: *1.* **J. Conrad:** *„Beitrag zur Untersuchung des Einflusses von Lebensstellung und Beruf auf die Mortalitätsverhältnisse“, Samml. nationalökon. u. statist. Abhandl, Jena 1877. — 2.* **Chr. Döring:** *„Altersgliederung der Bevölkerung“, Art. im Handw. d. Staatsw. 4. Aufl. Bd. I. — 3.* **Falkenburg:** *a) Statistique démographique des grandes villes du monde pendant les années 1880—1909, Amsterdam 1911/12; b) Reproduktion der wichtigsten graph. Darstell. v. d. Stat. Amt Amsterdams, vorgeführt auf der Int. Hygieneausstellung Dresden 1911, Amsterdam 1912. — 4.* **J. Funk:** *„Die Sterblichkeit nach sozialen Klassen in der Stadt Bremen“, Mitteil. d. Bremischen Stat. Amtes 1911 Nr. 1. — 5.* **Gollmer** *und* **Karup:** *„Die Sterblichkeit nach Todesursachen unter den Versicherten der Gothaer Lebensversicherungsbank“, Jahrb. f. Nationalökonom. u. Stat. 1890 N. F. Bd. 20. — 6.* **Guradze:** *„Kinderzahl und Sterblichkeit“, Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. Bd. XII S. 122 ff. — 7.* **A. Hesse** *siehe Literatur S. 16 Ziffer 5. — 8.* **R. Jaeckel:** *„Die Geburten-, Heirats-, Sterbe- und Geburtenüberschußziffern in den hauptsächlich. Kulturstaaten der Welt 1801—1911“, Jahrb. f. Nationalök. u. Stat. 1914, 3. Folge Bd. 48. — 9.* **Kaup:** *a) „Ernährung und Lebenskraft der ländlichen Bevölkerung“, Schriften d. Zentralstelle f. Volkswohlf. Heft 6 d. Neuen Folge, Berlin 1910; b) „Bevölkerungsstand“, Abhandl. im Handb. d. Hyg. Bd. IV Abt. 3, Leipzig 1923. — 10.* **Jos. Körösi:** *a) „Einfluß der Wohlhabenheit und Wohnverhältnisse auf die Sterblichkeit“, Stuttgart 1885; b) „Über den Zusammenhang zwischen Armuth und infektiösen Krankheiten“, Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1894 Bd. 18. — 11.* **W. Kruse:** *a) „Die Verminderung der Sterblichkeit in den letzten Jahrzehnten und ihr jetziger Stand“, Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1897 Bd. 25; b) „Über den Einfluß des städt. Lebens auf die Volksgesundheit“, Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspfl. 1898 Bd. 17; c) „Die Gesundheitsverhältnisse der Ärzte, Geistlichen und Oberlehrer im Vergleich mit denen anderer Berufe“, ebenda 1900 Bd. 19. — 12.* **G. Lange:** *„Bevölkerungsstatistik“, Abhandl. in „Das Großh. Baden“, Karlsruhe 1912. — 13.* **G. v. Mayr:** *„Bevölkerungsstatistik“, Bd. II der „Statistik und Gesellschaftslehre“, Tübingen 1922. — 14.* **J. Müller:** *„Die Zunahme der Bevölkerung in den hauptsächl. Kulturstaaten während des 19. Jahrh.“, Jahrb. f. Nationalökon. u. Stat. 1914, 3. Folge Bd. 47. — 15.* **M. Neefe:** *„Über den Einfluß der Wohlhabenheit auf die Sterblichkeit in Breslau“, Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1897 Bd. 24. — 16.* **Prinzing:** *a) „Fruchtbarkeit“, „Geburtenstatistik“, „Stadt und Land“, „Sterbetafeln“, „Sterblichkeitsstatistik“, „Sterblichkeit und Beruf“, Artikel im Handw. d. soz. Hygiene, Leipzig 1912; b) „Die Bevölkerungsbewegung in Europa und Amerika“, Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 4; c) „Die Sterblichkeit nach dem Beruf in den Niederlanden 1908—1911“, Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1919 Bd. 13; d) „Vergleich der Er-*

[1]) Im 18. Jahrhundert war der natürliche Zustand auch in Preußen vorhanden. Man entnimmt der preußischen Statistik, die weit ins 18. Jahrhundert zurückreicht, daß damals durchschnittlich ebenso viele Männer wie Frauen gezählt wurden. Wo sich Abweichungen von dieser Regel zeigten, sind sie immer auf besondere Umstände, insbesondere auf die mit starkem Männerverlust verbundenen Kriege, zurückzuführen. Siehe O. Behre: „Geschichte der Statistik in Brandenburg-Preußen“, Berlin 1905. — Bei der im Jahre 1911 durchgeführten Volkszählung in Britisch-Indien stellte man fest, daß bei der Gesamtbevölkerung nur 953, bei der städtischen Bevölkerung sogar nur 847 weibliche Personen auf 1000 männliche entfielen; siehe H. Fehlinger: „Die Stadtbevölkerung im Indischen Reich“, Jahrb. f. Nationalökon. u. Stat. 1919 Juliheft.

[2]) Siehe auch R. E. May: „Der Überschuß an deutschen Frauen und ihre Heiratsaussichten“, Jahrb. f. Gesetzgeb., Verwalt. u. Volkswirtschaft im Deutschen Reich 1910 S. 965 ff.

gebnisse der englischen Statistik der Berufssterblichkeit der Jahre 1910 bis 1912 und 1900 bis 1902", Sozialhygienische Mitteilungen 1924 Heft 1 und 2; e) siehe Literatur S. 17 Ziffer 9a; f) „Die neue amerikanische Sterbetafel", Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 30. — 17. **Quételet:** *„Über den Menschen und die Entwicklung seiner Fähigkeiten, oder Versuch einer Physik der Gesellschaft", übersetzt von V. A. Riecke, Stuttgart 1838. — 18.* **L. Teleky:** *„Vorlesungen über soziale Medizin" Teil I, Jena 1914. — 19.* **W. Weinberg:** *„Geburtenfolge", Art. im Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 20.* **H. Westergaard:** *„Die Lehre von der Mortalität und Morbilität", 2. Aufl., Jena 1901. — 21.* **Hellm. Wolff** *und* **E. Griepentrog:** *„Über den Einfluß von Beruf und Lebensstellung auf die Todesursachen in Halle a. S. 1901—1909", Beiträge zur Statist. d. Stadt Halle a. S. 1912 Heft 18.*

2. Arbeitsverhältnisse.

Will man sich über die gesundheitlichen Verhältnisse einer Familie unterrichten, so muß man zunächst feststellen, welchen Beruf der Familienvater und gegebenenfalls auch sonstige Familienmitglieder ausüben. Sodann ist danach zu fragen, über eine wie hohe Gesamteinnahme die betreffende Familie verfügt. Gestützt auf derartige berufliche und wirtschaftliche Angaben kann man sich vorstellen, ob und wie die in Betracht gezogenen Personen durch ihre Arbeit gesundheitlich geschädigt werden, und welche Lebensweise im allgemeinen sowie namentlich welche Erholung sie und ihre Angehörigen sich auf Grund ihrer Bezüge zu leisten vermögen. In gleicher Weise muß man, wenn man die hygienischen Zustände eines Volkes oder einzelner Klassen beurteilen will, danach forschen, wie sich die Bevölkerung hinsichtlich der Berufsarten und der Einkommenstufen gliedert. Wir werden daher zunächst versuchen, ein Bild von der beruflichen Gliederung des deutschen Volkes und, nach Möglichkeit, auch anderer Völker zu entwerfen; wir werden dann schildern, welche Einnahmen den einzelnen Klassen zu Gebote stehen, und wie sich demgemäß die Lebenshaltung, insbesondere bei der Arbeiterschaft, im In- und Auslande gestaltet.

a) Berufliche und soziale Gliederung.

Über die Zusammensetzung eines Volkes nach der Berufsart unterrichten uns die amtlichen Berufszählungen. Deren gab es im Deutschen Reich bisher drei, und zwar in den Jahren 1882, 1895 und 1907. Bei der ersten Zählung wurden 45222113, bei der zweiten 51770284 und bei der dritten 61720529 Personen festgestellt.

In Preußen[1]) wurde bereits im Jahre 1785 eine Gewerbezählung unternommen. Im Jahre 1793 stellte man 157302 Arbeiter fest; davon waren 59666 in der Leinen-, 56114 in der Woll-, 10106 in der Baumwoll-, 6288 in der Seiden-, 4177 in der Leder- und 3155 in der Stahl- und Eisenindustrie tätig.

Wie sich das deutsche Volk gemäß den Ergebnissen der drei Berufszählungen nach der Erwerbstätigkeit gliederte, zeigt die Tafel 20.

Zur Erläuterung der Tafel 20 ist einiges anzuführen. Die amtliche Statistik unterscheidet vier Gruppen: 1. Die eine Hauptberufstätigkeit ausübenden Personen oder Erwerbstätigen; sodann die nicht unmittelbar, wohl aber mittelbar zu einem Berufe gehörenden Personen, die von ihm durch den Erwerbstätigen, in dessen Haushalt sie leben, abhängen, wie 2. die Dienenden für häusliche Dienste, sofern sie bei ihrer Herrschaft wohnen, und 3. die in ihrer Familie lebenden Angehörigen ohne Hauptberuf. Ehefrauen und Haustöchter, welche die Hauswirtschaft versehen, eine andere hauptberufliche Arbeit aber nicht treiben, gelten dabei als Angehörige. Zu diesen drei Gruppen, die als Berufszugehörige des Berufes des Ernährers zu betrachten sind, weil sie denselben wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen des betreffenden Berufes in gleicher Weise unterliegen, treten 4. die berufslosen Selbständigen, d. h. die von eigenen oder fremden Mitteln als Haushaltungsvorstände oder als Mitglieder fremder Haushaltungen lebenden Personen, wie Rentner, Pensionäre, Unterstützungsempfänger, ferner nicht bei ihrer Familie wohnende Studierende und Schüler, sodann Insassen von Invaliden-, Armen-, Siechenhäusern, von öffentlichen Irrenanstalten, von Straf- und Besserungsanstalten, wie auch Personen, für welche sich ein Beruf nicht ermitteln ließ.

---

[1]) O. Behre: „Geschichte der Statistik in Brandenburg-Preußen", Berlin 1905.

Ferner ist zu der Tafel 20 zu bemerken, daß sie sich auf 30232345 im Jahre 1907 gezählte erwerbstätige Personen bezieht. Von diesen Erwerbstätigen kämen — wenn alles im übrigen gleich geblieben wäre — im Gebiet des heutigen Deutschen Reiches, nach amtlicher Schätzung, nur 27274282 Personen in Betracht. Die seit 1918 eingetretenen Unterschiede in der beruflichen Gliederung des deutschen Volkes infolge der Gebietsabtretungen werden unten noch erörtert. Hier sei nur erwähnt, daß infolge des Geburtenrückganges während des Krieges und anderer Vorgänge die Zahl der Angehörigen und Dienenden im Verhältnis zu den Erwerbstätigen geringer geworden ist, so daß auf 100 Personen der Gesamtbevölkerung im Jahre 1920 nur 45,9 Angehörige und Dienende gegen 51,0 im Jahre 1907 angenommen werden.

Tafel 20.

Die Erwerbstätigen unter der deutschen Gesamtbevölkerung.

Von 100 gezählten Personen kamen auf die Gruppe

Bevölkerungsgruppe	Im Deutschen Reich						In Baden		
	Männl. Geschlecht			Weibl. Geschlecht			Weibl. Geschlecht		
	1882	1895	1907	1882	1895	1907	1882	1895	1907
Erwerbstätige im Hauptberuf	60,38	61,03	61,01	18,46	19,97	26,37	21,00	28,40	36,10
Dienende für häusl. Dienste im Haushalt der Herrschaft	0,19	0,10	0,05	5,56	4,99	4,00	5,00	5,20	3,70
Angehörige	36,49	34,83	33,65	72,94	70,81	63,90	71,20	61,00	53,70
Berufslose Selbständige	2,94	4,04	5,29	3,04	4,23	5,73	2,80	5,40	6,50
Zusammen	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(Nach Stat. d. D. Reichs 1913 Bd. 211.)

Nach der Tafel 20 weisen die männlichen Erwerbstätigen im Deutschen Reich 1907 gegenüber 1895 eine — allerdings äußerst geringe — Abnahme auf. Unter der Voraussetzung, daß die Erwerbstätigen gesunde Personen sind, und daß sich mithin aus der jeweiligen Ziffer der Erwerbstätigen ein Schluß auf die Gesundheitszustände ziehen läßt, wäre aus dem Vergleich der Zahl der männlichen Erwerbstätigen von 1907 mit der von 1895 zu folgern, daß sich die hygienischen Verhältnisse in dieser Hinsicht nicht geändert haben. Es ist aber zu betonen, daß sich von 1895 bis 1907 die Zahl der männlichen berufslosen Selbständigen verhältnismäßig stark vermehrt hat. Da nach amtlichen Angaben dieser Zuwachs vorzugsweise auf der Zunahme der Studierenden und Schüler, die nicht in der Familie leben, beruht, so darf man wohl vermuten, daß sich 1907 Wohlstand und Bildung, also günstige Einflüsse auf die Volksgesundheit, stärker als 1895 geltend gemacht haben.

Die weiblichen Erwerbstätigen im Deutschen Reich haben seit 1895 sehr stark an Zahl zugenommen. Ist nun aber die Vermehrung der weiblichen Erwerbsarbeit als ein Zeichen vergrößerter Arbeitsfähigkeit zu betrachten? Die Antwort werden wir finden, wenn wir noch tiefer in den Zahlenstoff eindringen. Doch werfen wir zunächst einen Blick auf die in der Tafel 20 enthaltenen Ziffern, die sich auf die weiblichen Erwerbstätigen in Baden beziehen. Die badischen Ergebnisse weichen hier von dem Reichsdurchschnitt sehr erheblich ab. In Baden waren schon 1895 verhältnismäßig mehr weibliche Personen als im Reich 1907 tätig; und die Zahl ist in Baden von 1895 bis 1907 noch wesentlich gestiegen. Es sei jetzt schon erwähnt, daß, wie wir sehen werden, diese überaus starke Ausdehnung der weiblichen Erwerbsarbeit in Baden zu schweren Mißständen auf gesund-

heitlichem Gebiet geführt hat. Dies war zu erwarten, denn aus der Erwerbsarbeit der Frauen und Mädchen, die doch zugleich unter dem Einfluß der den Körper stark angreifenden Geschlechtstätigkeit stehen, ergeben sich Gefahren für die Erwerbstätigen selbst wie für ihren Nachwuchs, und besonders wenn es an einem hinreichenden Mutterschutz fehlt. Zutreffend schreibt A. Bluhm: „Die Arbeiterin bedarf einer besonderen Fürsorge weniger wegen einer ihrem Geschlecht eigentümlichen geringeren allgemeinen konstitutiven Kraft, sondern vor allem deshalb, weil einerseits der Gattungsdienst und was damit zusammenhängt die Widerstandsfähigkeit des weiblichen Körpers gegen die Schädlichkeiten der Industriearbeit herabsetzt, und weil andererseits diese Schädlichkeiten einen ungünstigen Einfluß auf die Gattungsleistung der Frau ausüben." Solchen Gefahren werden sich manche körperlich gut veranlagte Frauen und Mädchen vielleicht ohne erkennbaren Schaden aussetzen können. Man entnimmt aber der Tafel 20, daß im Reich und namentlich in Baden die Ziffer der weiblichen Angehörigen seit 1882 viel kleiner geworden ist; dies bedeutet, daß die wirtschaftliche Lage zahlreiche Frauen und Mädchen, die früher im Haushalt des Familienvaters lebten und leichte Arbeiten ausführten, zur außerhäuslichen Erwerbstätigkeit gezwungen hat, ohne daß die Frage der hierfür erforderlichen körperlichen Tauglichkeit hinreichend geprüft worden ist. Daraus ergibt sich, daß unter der hohen Zahl der weiblichen Erwerbstätigen viele den mit der Lohnarbeit verbundenen Gefahren nicht gewachsen sind und daher die Ziffer der Kranken und der frühzeitig invalide gewordenen Personen, wie wir noch näher darlegen werden, stark vergrößern.

Neben den vielen anderen gesundheitlichen Schäden, die der Weltkrieg verursacht hat, bewirkte er auch eine weitere starke Zunahme der weiblichen Erwerbsarbeit. In dem „Reichsarbeitsblatt" 1919 Heft 1 wird berichtet, daß die Zahl der weiblichen Mitglieder von 5328 Krankenkassen seit 1. Juli 1914 bis 1. Juli 1918 um 16,7% gestiegen, die Ziffer der männlichen Versicherten um 40,1 % gesunken ist.

Über die Ausdehnung der weiblichen Erwerbsarbeit im Auslande unterrichtet uns die Tafel 21.

Tafel 21.

Die Erwerbstätigen unter der Gesamtbevölkerung im Deutschen Reich und in ausländischen Staaten.

Staat	Zählungsjahr	Männliche	Weibliche	Überhaupt	Staat	Zählungsjahr	Männliche	Weibliche	Überhaupt
		Erwerbstätige*) in % der					Erwerbstätige*) in % der		
		männl.	weibl.	Gesamt-			männl.	weibl.	Gesamt-
		Bevölkerung					Bevölkerung		
Deutsches Reich.	1907	61,1	30,4	45,5	Niederlande . .	1909	59,3	18,3	38,6
Österreich . . .	1910	61,5	43,5	52,3	Dänemark . .	1911	62,0	26,1	43,5
Ungarn	1910	64,1	20,1	41,9	Schweden . . .	1910	58,8	21,7	39,8
Italien	1911	66,1	29,0	47,2	Norwegen . . .	1910	56,1	23,1	38,8
Schweiz . . .	1910	63,9	31,7	47,5	England u. Wales	1911	65,6	25,9	45,1
Frankreich . . .	1911	68,7	38,7	53,4	Schottland . .	1911	63,8	24,2	43,4
Spanien . . .	1910	66,4	9,9	37,4	Irland	1911	62,9	19,5	41,1
Belgien	1910	60,6	23,8	42,0	Ver.St.v.Amerika	1910	63,6	18,1	41,5
						1920	61,3	16,5	39,4

*) Einschl. der Dienstboten. (Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

Zu der Tafel 21 ist zu bemerken, daß es fraglich ist, ob in allen Staaten der Begriff „erwerbstätig“ gleichartig aufgefaßt wurde. Man entnimmt der Tafel, daß die Zahlen der männlichen Erwerbstätigen sich in den einzelnen Staaten verhältnismäßig wenig unterscheiden. Hierbei muß noch berücksichtigt werden, daß in kinderarmen Staaten, wie Frankreich, der Anteil der männlichen Erwerbstätigen an der gesamten männlichen Bevölkerung größer sein muß als in kinderreichen Ländern; aus den hohen Verhältniszahlen der Erwerbstätigen kann mithin nicht ohne weiteres auf eine große Ziff r von Erwerbsfähigen geschlossen werden. Erhebliche Unterschiede zeigen sich aber bei dem weiblichen Geschlecht. Sehr niedrig sind die Ziffern in Spanien, in den Niederlanden und in Amerika, hoch dagegen in Frankreich und Österreich; auch im Deutschen Reich ist die Zahl im Verhältnis zu den Industriestaaten England und Belgien groß.

Sodann findet man in der Tafel 22 Angaben darüber, wie viele unter den weiblichen Erwerbstätigen im Deutschen Reich und in einigen ausländischen Staaten verheiratet sind.

Tafel 22.

Familienstand der erwerbstätigen Frauen im Deutschen Reich und in ausländischen Staaten.

Von 100 weiblichen Erwerbstätigen waren

Staat	Zählungsjahr	Ledig	Verheiratet	Verwitwet und geschieden	Sonstige	Staat	Zählungsjahr	Ledig	Verheiratet	Verwitwet und geschieden	Sonstige
Deutsches Reich	1907	59,4	29,7	10,9	—	Niederlande .	1909	76,6	23,4	.	—
	1895	69,1	16,1	14,8	—		1899	77,4	22,6	.	—
Österreich . .	1900	44,7	41,4	13,9	—	Dänemark . .	1901	71,7	6,0	22,3	—
	1890	46,7	39,4	13,9	—	Norwegen . .	1900	41,5	46,8	11,6	0,1
Ungarn . . .	1900	40,8	39,8	19,4	—	England und Wales . . .	1901	78,0	22,0		—
Schweiz . . .	1900	65,1	34,9		—						
Frankreich . .	1906	35,1	52,2	11,9	0,8	Verein. Staaten von Amerika	1900	66,1	15,5	18,4	—
	1901	39,7	46,2	13,1	1,0		1890	68,2	13,9	17,9	—

(Nach Fr. Zahn.)

Wir entnehmen der Tafel 22, daß im Deutschen Reich die Zahl der verheirateten erwerbstätigen Frauen in der Zeit von 1895 bis 1907 zugenommen hat und viel größer geworden ist als die entsprechenden Ziffern in manchen anderen Staaten, insbesondere in Dänemark, England, den Niederlanden und den Vereinigten Staaten von Amerika. Diese für das Deutsche Reich ungünstige Tatsache ist aus wirtschaftlichen und gesundheitlichen Gründen zu bedauern. Denn mit Recht führt M. Bernays die Zunahme der Ehefrauenarbeit auf die Lebensmittelteuerung zurück; und zutreffend betont K. Winkelmann, daß die durch das Mitverdienen der verheirateten Frau erreichte wirtschaftliche Leistungsfähigkeit in keinem Verhältnis zu den großen Opfern, mit denen sie erkauft wird, steht. Zahlreiche Angaben belehren uns über die gesundheitlichen Folgen der Ehefrauenerwerbsarbeit; wir werden hierüber in dem Abschnitt „Mütter“ Näheres mitteilen. Hier sei nur auf zwei Untersuchungen hingewiesen. Die Arbeit von Weichardt und Steinbacher, die sich zwar nur auf 50 befragte Familien aus Mittelfranken stützt, aber doch als Stichprobe beachtenswert ist, ergab u. a., daß in den Familien, bei denen die Frau lediglich als Hausfrau tätig war, durchschnittlich 3,7 Geburten und 2,83 lebende Kinder, in den Familien aber, bei denen die Frau einem außerhäuslichen Beruf nachging, nur 2,2 Ge-

burten und 2,1 lebende Kinder gezählt wurden. Nach Angabe von Burgdörfer[1]) wurde bei der in Schottland 1911 durchgeführten Volkszählung festgestellt, daß von den Kindern der nichterwerbstätigen Mütter 85,2 %, von den Kindern der erwerbstätigen Mütter aber nur 76,0 % am Zählungstage lebten. Bemerkt sei hierbei noch, daß sich die Untersuchung auf je 5458 erwerbstätige bezw. nichterwerbstätige Mütter erstreckte. Berücksichtigt wurden nur Ehen von weniger als 15jähriger Dauer. Die nichterwerbstätigen Mütter hatten 13970, die erwerbstätigen nur 12881 lebende Kinder geboren, so daß bei den ersteren durchschnittlich 2,54 Kinder, bei den letzteren aber nur 2,36 Kinder auf eine Mutter entfielen.

Obwohl die Ehefrauenerwerbsarbeit unzweifelhaft sehr schädlich wirkt, kann, was das Bedauerlichste ist, unter den gegebenen Verhältnissen ein gesetzliches Verbot dieser Tätigkeit nicht vorgeschlagen werden, da hierdurch viele Familien in die schwerste Notlage geraten würden. Es kann sich, wie M. Epstein schon 1901 zutreffend dargelegt hat, gegenwärtig nur darum handeln, durch geeignete Maßnahmen zu bewirken, daß die Arbeit der Frau „unter Wahrung der Interessen der Nachkommenschaft aus einer Last zu einer Lust wird". Dazu bedarf es aber geeigneter Maßnahmen, die in späteren Abschnitten noch zu erörtern sind.

Über die Art, wie sich das deutsche Volk nach Berufsabteilungen gliedert, unterrichtet die Tafel 23.

Tafel 23.

Das deutsche Volk nach Berufsabteilungen.

Berufsabteilung	Von 100 Erwerbstätigen bezw. berufslosen Selbständigen kamen auf die nebenstehende Berufsabteilung				Von 100 Berufszugehörigen kamen auf die nebenstehende Berufsabteilung			
	1882	1895	1907	1920	1882	1895	1907	1920
A. Land- und Forstwirtschaft	43,38	36,19	32,69	31,4	42,51	35,74	28,65	27,1
B. Industrie, Bergbau, Baugewerbe	33,69	36,14	37,23	38,3	35,51	39,12	42,75	44,1
C. Handel, Verkehr, Gastwirtschaft	8,27	10,21	11,50	11,8	10,02	11,52	13,41	13,7
D. Lohnarbeit wechselnder Art und häuslicher Dienst nicht bei der Herrschaft Lebender	2,10	1,89	1,56	1,6	2,07	1,71	1,28	1,3
E. Öffentl. Dienst und freie Berufe	5,43	6,22	5,75	5,5	4,92	5,48	5,53	5,4
F. Berufslose Selbständige	7,13	9,35	11,27	11,4	4,97	6,43	8,38	8,4
Zusammen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(Nach Stat. d. D. Reichs Bd. 211 sowie „Wirtsch. u. Stat." 1921 Nr. 1.)

Aus der Tafel 23 ersehen wir, daß nach der Zählung vom Jahre 1907 erheblich mehr Erwerbstätige in der Industrie als in der Landwirtschaft tätig waren; im Jahre 1882 war das Verhältnis gerade umgekehrt. Namentlich durch die Gebietsabtretungen hat sich nach den für 1920 durchgeführten Berechnungen der Anteil noch mehr zugunsten der Industrie und zuungunsten der Landwirtschaft verschoben. Noch deutlicher zeigt sich die zwischen 1882 und 1920 vollzogene Wandlung bei den Berufszugehörigen. Daß sich bei dem Übergang vom Agrar- zum Industriestaat gesundheitliche Nachteile ergeben haben, ist unverkennbar, wie noch in den späteren Abschnitten näher dargelegt werden wird. Sicherlich

[1]) Fr. Burgdörfer: „Die schottische Familienstatistik von 1911", Allg. Stat. Arch. Jahrg. 9.

sind das Leben auf dem Lande und die landwirtschaftliche Tätigkeit im allgemeinen gesünder als der Aufenthalt in den Städten, besonders in den Groß- und Weltstädten, und die Arbeit in Industrie und Handel. Aber der schwedische Rassehygieniker Lundborg geht, obwohl er mit Recht auf die gesundheitlichen Gefahren der Industrie nicht nur für die gegenwärtig Lebenden, sondern auch für deren Nachkommenschaft hinweist, doch zu weit, wenn er behauptet, daß „eine unbegrenzte Industrie immer einen Raub am Menschenmaterial veranstaltet". Denn man muß bedenken, daß der Industrie zwar vielleicht in einem Lande wie Schweden, wo, wie wir aus der Tafel 2 ersehen, auf 1 qkm 14,38 Einwohner entfallen, Grenzen gesetzt werden könnten; in Deutschland aber, und besonders in Baden (Tafel 3) mit 142,0 und in Sachsen mit sogar 320,4 Einwohnern auf 1 qkm, wäre es unmöglich, die zahlreichen Menschen zu ernähren, wenn man die Ausdehnung der Industrie beschränken wollte. Die Frage: Industriearbeit und Brot, oder Erwerbslosigkeit und Hunger? ist gelöst, sobald sie gestellt ist. Dazu kommt, daß die meisten mißlichen Nebenwirkungen des Industrialismus nicht in seinem Wesen liegen und vermieden werden können. Wenn man, wo immer es möglich ist, industrielle Unternehmungen aufs Land verlegt, wie dies z. B. in manchen Tälern des Schwarzwaldes oder in englischen Fabrikgartendörfern (siehe S. 147) erfolgreich geschehen ist, so werden schon allein hierdurch zahlreiche Mißstände verhütet; und es gibt, wie wir in späteren Abschnitten zeigen werden, noch viele andere Maßnahmen, die von den Industriearbeitern die schlimmsten Berufsgefahren fernzuhalten vermögen.

In welchem Maße die weiblichen Erwerbstätigen an der Arbeit in den einzelnen Berufsabteilungen sowohl im Deutschen Reich wie im Auslande beteiligt sind, zeigt die Tafel 24.

Tafel 24.

Die weiblichen Erwerbstätigen nach Berufsabteilungen im In- und Auslande.

Von 100 weiblichen Erwerbstätigen arbeiteten . . . .

Staat	Zählungsjahr	in der Landwirtschaft	in der Industrie	in Handel und Verkehr	in öffentl. Diensten und freien Berufen	in häuslichen und persönlichen Diensten	Sonstige	Insgesamt
Deutschland	1907	48,4	22,2	9,8	3,0	13,2	3,4	100
Österreich	1900	65,4	11,4	4,7	11,3	7,2	—	100
Ungarn	1900	68,3	7,3	1,8	1,4	13,1	8,1	100
Schweiz	1900	16,5	48,1	13,4	5,0	14,8	2,2	100
Frankreich	1906	43,3	32,7	10,1	3,8	10,1	—	100
Italien	1901	60,6	26,0	3,2	2,6	7,6	—	100
Niederlande	1909	20,7	20,7	11,1	7,7	39,7	0,1	100
Dänemark	1901	34,9	15,6	5,5	3,5	22,7	17,8	100
Schweden	1900	35,3	6,9	3,1	2,8	20,8	31,1	100
Norwegen	1900	21,2	19,3	8,3	3,1	30,5	17,6	100
England und Wales .	1901	1,4	48,5	1,9	7,7	40,5	—	100
Schottland	1901	6,9	53,9	4,1	5,6	29,5	—	100
Irland	1901	15,6	42,4	0,9	5,9	35,2	—	100
Verein. St. v. Amerika	1900	18,4	24,7	9,4	8,1	39,4	—	100
Australien	1901	10,9	21,3	10,7	11,7	42,5	2,9	100
Britisch-Indien . . .	1901	64,8	22,3	0,7	1,0	4,2	7,0	100

(Nach Fr. Zahn.)

Man entnimmt der Tafel 24, daß hinsichtlich der Art, wie die weiblichen Erwerbstätigen beschäftigt sind, große Unterschiede zwischen den einzelnen Staaten vorherrschen. In Österreich, Ungarn, Italien und Indien arbeiten etwa zwei Drittel aller weiblichen Erwerbstätigen in der Landwirtschaft, in England jedoch nur 1,4%. Dagegen zeigen Schottland und England die höchsten Ziffern bei der weiblichen Industriearbeit. Hoch sind die Relativzahlen der weiblichen Dienstboten in den Niederlanden, in Norwegen, England, Schottland, Irland, in den Vereinigten Staaten von Amerika und in Australien. In Deutschland sind die meisten weiblichen Erwerbstätigen immer noch landwirtschaftlich, aber auch eine ansehnliche Zahl ist industriell beschäftigt.

Mit der Zunahme der industriellen Tätigkeit, die wir aus der Tafel 23 ersehen haben, sind noch manche für die Gesundheitsverhältnisse bedeutungsvolle Begleitumstände verbunden, insbesondere die Bildung der Großbetriebe und die Entstehung neuer Großstädte. Auf letztere kommen wir in dem Abschnitt „Wohnungswesen" zu sprechen. Hier seien jedoch Angaben darüber, um wieviel mehr die Tätigkeit in Großbetrieben als in Kleinbetrieben während der letzten Jahrzehnte gewachsen ist, geboten.

Tafel 25.

Die Erwerbstätigen nach der Betriebsgröße im Deutschen Reich.

Jahr	Kleinbetriebe (1—5 Personen)		Mittelbetriebe (6—50 Personen)		Großbetriebe (51 und mehr Personen)	
	Betriebe	Personen	Betriebe	Personen	Betriebe	Personen
1882	2 882 768	4 335 827	112 715	1 391 720	9 974	1 613 427
1895	2 934 723	4 770 669	191 301	2 454 333	18 953	3 044 267
1907	3 146 134	5 383 233	270 122	3 688 838	32 122	5 363 851

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

Die unserer Tafel 25 zu entnehmende Entwicklung führt zu mannigfachen Mißständen. Das persönliche Verhältnis zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer, wie es beim Kleinbetrieb besteht und meistens zu gegenseitiger Rücksicht veranlaßt, ist schon beim Mittelbetrieb und noch mehr beim Großbetrieb gelockert oder gar ganz geschwunden. Dazu kommt, daß die Arbeiter der Großbetriebe so gut wie nie einen ganzen Gegenstand, sondern gewöhnlich nur Teile oder gar nur Teile von Teilen anfertigen, was auf das Gemütsleben ungünstig einwirkt. Berichtet doch z. B. der Pariser Arzt Martial[1]), daß von 12000 Arbeitern einer Schuhfabrik nicht einer imstande war, allein ein Paar Schuhe herzustellen. Andererseits ist zu betonen, daß viele Großbetriebe vortreffliche Arbeits- und Erholungsstätten für ihre Arbeiter geschaffen haben, was eben nur den großen Unternehmern möglich ist.

Der umfangreiche Industrialismus hat im Verein mit der Bildung der gewerblichen Großbetriebe auch hinsichtlich der sozialen Stellung im Beruf einen für die Gesundheitszustände bedeutungsvollen Einfluß ausgeübt. Die beruflich Selbständigen haben im allgemeinen gegenüber Angestellten und Arbeitern große gesundheitliche Vorteile; die ersteren sind freier in der Auswahl der Arbeit und der Arbeitsstunden, sie sind gewöhnlich in einem einwandfreieren Raum tätig und ziehen in der Regel einen höheren Geldgewinn aus der Arbeit als die Unselbständigen. Aus diesen und anderen Gründen ist es vom gesundheitlichen Standpunkt aus zu begrüßen, wenn die Zahl der Selbständigen wächst. Darüber, wie sich die Erwerbstätigen im Deutschen Reich hinsichtlich ihrer sozialen Stellung im Beruf 1895 und 1907 gegliedert haben, unterrichtet die Tafel 26.

[1]) R. Martial: L'Ouvrier, son hygiène, son atelier, son habitation, Paris 1909.

Tafel 26.

Die Erwerbstätigen im Deutschen Reich nach der sozialen Stellung im Beruf.

Stellung im Beruf	Jahr	A. Land- und Forstwirtschaft		B. Industrie		C. Handel und Verkehr		A—C zusammen	
		insgesamt	weiblich	insgesamt	weiblich	insgesamt	weiblich	insgesamt	weiblich
Selbständige ohne Hausgewerbetreibende	1907	2 500 859	328 215	1 729 467	342 610	1 012 192	246 641	5 242 518	917 466
	1895	2 568 666	346 877	1 774 375	389 105	843 557	202 616	5 186 598	938 598
Mithelfende Familienangehörige	1907	3 894 579	2 840 841	132 787	105 895	260 517	230 998	4 287 883	3 177 734
	1895	1 903 649	1 020 443	56 003	43 974	109 933	94 527	2 069 585	1 158 944
Angestellte	1907	98 812	16 264	686 007	63 936	505 909	79 689	1 290 728	159 889
	1895	96 173	18 107	263 745	9 324	261 907	11 987	621 825	39 418
Selbständige Hausgewerbetreibende	1907	115	19	247 655	134 680	—	—	247 770	134 699
	1895	59	22	287 389	130 387	—	—	287 448	130 409
Arbeiter, ausschl. der mithelfenden Familienangehörigen	1907	3 388 892	1 413 647	8 460 338	1 456 803	1 699 008	374 045	13 548 238	3 244 495
	1895	3 724 145	1 367 705	5 899 708	948 328	1 123 114	270 478	10 746 967	2 586 511

(Nach Stat. d. D. Reichs Bd. 211.)

Der Tafel 26 entnehmen wir, daß sich bei den drei Berufsabteilungen A bis C, die ja 80% aller Erwerbstätigen umfassen, in der Zeit von 1895 bis 1907 die Ziffer der männlichen Selbständigen so gut wie gar nicht vergrößert, bei den weiblichen sogar etwas verkleinert hat. Ein Zuwachs von Selbständigen ist nur bei Handel und Verkehr wahrzunehmen, während Landwirtschaft und Industrie hierbei eine Abnahme zeigen. Bemerkenswert ist der große Anstieg der weiblichen mithelfenden Familienangehörigen; er ist ganz besonders hoch in der Landwirtschaft, wo er offenbar dazu diente, den Mangel an männlichen Arbeitskräften auszugleichen. Die Zahl der weiblichen mithelfenden Familienangehörigen ist wohl aber auch deswegen größer geworden, weil von 1895 bis 1907 die Kosten für den Lebensunterhalt erheblich gestiegen sind, und daher alle verfügbaren Familienkräfte herangezogen werden mußten, um durch Arbeit zur Deckung der Familienausgaben beizutragen. Die Ziffer der industriellen und kaufmännischen Angestellten ist erheblich gewachsen; diese Zunahme, die den Mittelstand vergrößern hilft, ist vom gesundheitlichen Standpunkt aus zu begrüßen. Einen Rückgang zeigt die Zahl der männlichen selbständigen Hausgewerbetreibenden. Ausschlaggebend ist aber vor allem der starke Anstieg bei den Arbeitern und Arbeiterinnen im Handel und ganz besonders in der Industrie. Unter den landwirtschaftlichen Arbeitern ist eine Abnahme, unter den Arbeiterinnen dagegen eine Zunahme festzustellen; die Abnahme männlicher Arbeitskräfte auf dem Lande beruht auf dem Zug nach der Stadt, da zahlreiche junge vom Lande stammende Männer, die als Soldaten das Stadtleben kennengelernt hatten, nach der Dienstzeit eine Tätigkeit im Handel oder in der Industrie übernahmen. Die Verringerung der Unselbständigen in der Landwirtschaft verursachte daher nicht etwa eine Zunahme der landwirtschaftlichen Selbständigen, sondern eine Vermehrung der Unselbständigen in der Industrie und im Handel. Als Gesamtergebnis ist festzustellen, daß gegenüber einem unbeträchtlichen Zuwachs der Selbständigen und einer an sich bedeutungsvollen, aber den wirk-

lichen Zahlen nach nur wenig ins Gewicht fallenden Vermehrung der Angestellten die gewaltige, nach Millionen zählende Zunahme der Arbeiter, der Unselbständigen steht.

Von größtem Wert für die Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse eines Volkes ist es, Angaben über den Altersaufbau der sozialen Schichten zu erhalten. Die Tafel 27 bietet solche Ziffern dar.

Tafel 27.

Altersaufbau der sozialen Schichten in den drei großen Berufsabteilungen.

Männliche Erwerbstätige.

Altersklassen	Zählungsjahr	Auf die in der Vorspalte bezeichnete Altersklasse entfallen von 100												
		a ohne a fr	b	c^1	c ohne c^1	a ohne a fr	a fr	b	c^1	c ohne c^1	a	b	c^1	c ohne c^1
		in Land- und Forstwirtschaft				in der Industrie					in Handel und Verkehr			
unter 14 Jahre alt	1907	0,0	0,0	4,9	3,2	0,0	0,1	0,2	3,4	0,7	0,0	0,1	2,3	0,4
	1895	—	0,0	2,2	3,2	—	0,0	0,1	4,3	0,6	—	0,1	2,2	0,4
14—16 Jahre alt	1907	0,0	0,6	15,2	8,8	0,0	0,2	2,4	9,9	6,7	0,0	2,4	10,2	4,7
	1895	0,0	0,9	14,6	8,0	0,0	0,3	1,9	11,7	7,3	0,0	2,9	10,9	5,6
16—20 Jahre alt	1907	0,1	7,7	22,7	18,3	0,2	1,5	9,0	23,0	16,4	0,2	11,5	21,9	12,8
	1895	0,1	7,3	25,0	17,2	0,3	1,9	8,6	24,7	19,0	0,3	11,7	25,2	15,4
unter 20 Jahre alt	1907	0,1	8,3	43,8	30,3	0,2	1,8	11,6	36,3	23,8	0,2	14,0	34,4	17,9
	1895	0,1	8,2	41,8	28,3	0,3	2,2	10,6	40,7	26,9	0,3	14,0	38,3	21,4
20—30 Jahre alt	1907	6,5	23,0	32,9	23,2	13,0	14,8	30,3	37,2	30,9	10,7	30,7	41,5	30,5
	1895	6,7	22,6	35,2	24,3	14,1	17,0	28,8	33,5	30,8	11,0	34,0	39,1	30,9
30—40 Jahre alt	1907	23,1	23,3	10,9	15,9	30,5	27,4	28,1	10,5	22,3	29,5	27,9	11,3	26,0
	1895	23,3	24,8	11,7	15,9	29,5	25,3	28,0	9,0	20,4	28,8	26,2	11,7	23,0
40—50 Jahre alt	1907	27,2	23,0	3,3	13,3	26,5	23,3	17,8	3,2	13,4	28,2	16,3	5,3	15,4
	1895	26,1	19,5	3,4	12,2	25,7	21,8	18,5	3,0	12,2	27,6	15,4	4,0	13,8
50—60 Jahre alt	1907	23,8	14,3	2,4	10,2	18,2	17,2	8,7	3,0	6,7	19,4	8,0	3,1	7,2
	1895	24,5	15,0	2,4	10,5	18,2	18,4	10,1	3,3	6,7	20,0	7,7	2,7	8,0
60—70 Jahre alt	1907	14,6	6,8	3,9	5,6	9,0	11,5	3,0	6,0	2,5	9,4	2,7	3,0	2,6
	1895	14,3	8,0	3,1	6,6	9,1	11,0	3,4	6,0	2,5	9,4	2,3	2,6	2,5
70 Jahre und darüber alt	1907	4,7	1,3	2,8	1,5	2,6	4,0	0,5	3,8	0,4	2,6	0,4	1,4	0,4
	1895	5,0	1,9	2,4	2,2	3,1	4,3	0,6	4,5	0,5	2,9	0,3	1,6	0,4

a = Selbständige; a fr = Hausgewerbetreibende; b = Angestellte; c = Lohnarbeiter; c^1 = Mithelfende.

(Nach Stat. d. D. Reichs Bd. 211.)

Nach Tafel 27 zeigen die über 50 bezw. 60 Jahre alten Selbständigen in jeder der drei Berufsabteilungen während der Zeit von 1895 bis 1907 bald eine Zu-, bald eine Abnahme, im allgemeinen keine beträchtlichen Veränderungen. Die Angestellten dieser Altersklassen sind 1907 in der Landwirtschaft und Industrie erheblich schwächer, im Handel etwas stärker vertreten. Die 50—60 bezw. 60—70 Jahre alten Lohnarbeiter weisen in der Landwirtschaft eine Verringerung, in der Industrie keine Veränderung und im Handel wieder eine Verminderung auf. Es zeigt sich aber vor allem, daß stets die

Selbständigen in den höheren und besonders in den höchsten Altersklassen viel zahlreicher vorhanden sind als die Angestellten, und diese wieder im allgemeinen länger erwerbstätig tätig sind als die Arbeiter.

Der Altersaufbau der Lohnarbeiter wurde lebhaft erörtert. Denn zahlreiche amtliche und private Kundgebungen in der Literatur[1]) und auf vielen Ausstellungen hatten zuvor an der Hand der allgemeinen Sterblichkeitsziffern darzulegen gesucht, daß in den letzten Jahrzehnten die Gesundheitsverhältnisse des ganzen deutschen Volkes und mithin auch der Arbeiterschaft sich gebessert haben, was zum großen Teil auf die Sozialversicherung zurückgeführt wurde. Als dann aber die Angaben über den Altersaufbau der sozialen Schichten erschienen, vermißte man die erwartete stärkere Besetzung der Altersklassen von mehr als 50 Jahren bei den Lohnarbeitern.

A. Fischer hat im Jahre 1913, nachdem er schon in der 1. Auflage dieses „Grundrisses" mehrfach auf die zum Teil bedeutende Abnahme der Erwerbstätigenzahl in den höheren Altersklassen als auf ein bedenkliches Zeichen hingewiesen hatte, mit allem Nachdruck im Hinblick auf den in Rede stehenden Altersaufbau und manche anderen amtlichen Angaben betont, daß ein ziffernmäßiger Beweis für die Verbesserung der Gesundheitszustände in den Kreisen der Arbeiterschaft fehlt, ja daß eher Merkmale für eine fortschreitende körperliche Verelendung wahrzunehmen sind. Daß es trotz der vielen amtlichen Reden und Schaustücke an einwandfreien Angaben über die Erfolge der Sozialversicherung fehlte, erkennt man u. a. daran, daß der Reichstag[2]) zu Beginn des Jahres 1913 eine Denkschrift über die wirtschaftlichen, hygienischen und sittlichen Wirkungen der Sozialversicherung forderte. Obwohl die Reichsregierung[3]) Anfang 1914 bekanntgab, daß die Vorarbeiten für eine solche Denkschrift im Gange sind, ist diese bis jetzt noch nicht erschienen. Im „Reichsarbeitsblatt" (1914 Heft 3—8) sind jedoch genauere Angaben über den Altersaufbau der in einzelnen Berufsarten tätigen Arbeiter veröffentlicht worden; dieser Zahlenstoff ist für die Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse wertvoll.

Das „Reichsarbeitsblatt" warf im Jahre 1914 folgende Fragen auf: „Erreicht der Industriearbeiter in einem bestimmten Alter und gegebenenfalls in welchem das Höchstmaß seiner Leistungsfähigkeit? Verbleibt er, nachdem er das Höchstmaß seiner Leistungsfähigkeit überschritten, noch in der gleichen oder doch in einer gleichartigen Stellung oder wird er durch jüngere Kräfte verdrängt und was geschieht mit ihm? Behält er auch in vorgerückterem Alter den gleichen Lohn oder sinkt dieser?" Alfred Weber war bereits im Jahre 1912 auf Grund von Erhebungen des Vereins für Sozialpolitik über den Industriearbeiter zu der Ansicht gelangt, daß sein „Verbleiben in den zentralen, hohe Leistungen und qualifizierte Anspannungen verlangenden Teilen des Apparates im großen und ganzen nur ein vorübergehendes ist, und daß das 40. Jahr im ganzen dabei den entscheidenden Knick seines Berufsschicksals darstellt". Das „Reichsarbeitsblatt" untersuchte nun mit Hilfe der Ergebnisse der Berufszählungen und besonderer Forschungen

---

[1]) Fr. Zahn: „Die Belastung durch die deutsche Arbeiterversicherung", Zeitschr. f. d. gesamte Versicherungswissenschaft 1913 Heft 2; P. Kaufmann: „Licht und Schatten bei der deutschen Arbeiterversicherung", Berlin 1912.

[2]) Stenograph. Bericht über d. Reichstagsverhandl. vom 23. Januar 1913.

[3]) Verhandl. d. Reichstags XIII. Legislaturperiode I. Session Bd. 303, Anlagen zu den Stenogr. Berichten Nr. 1262 S. 2488.

der Gewerbeaufsichtsbeamten[1]), welche Schlüsse sich aus dem Altersaufbau der Arbeiter in den einzelnen Berufsgruppen und -arten ziehen lassen. Das „Reichsarbeitsblatt" meinte, daß allgemeingültige Schlußfolgerungen auf Schädigungen der Gesundheit oder schnelleren Kräfteverbrauch in einzelnen Gewerben aus dem vorhandenen Zahlenstoff namentlich wegen der Verschiedenartigkeit in den einzelnen Landesgebieten nicht gezogen werden können. „Keinesfalls können", so schrieb das Blatt, „als alleinige Ursache für die schnelle Abnahme in den höheren Altersstufen bei einzelnen Berufen die mit dem Berufe verknüpften Gesundheitsgefahren oder der rasche Verbrauch der Körperkräfte angeführt werden. Über den Verbleib der älteren Leute sind eben nur Mutmaßungen möglich, da in der Regel über den Verbleib der ausscheidenden Leute den Betrieben nur selten etwas bekannt wird." Das Blatt faßte dann die Ergebnisse seiner Darlegungen dahin zusammen, „daß nur in wenigen Berufsgruppen und Berufsarten die Besetzung der höheren Altersklassen eine ungünstige ist"; die Altersgliederung der deutschen Industriearbeiter wurde von dem Blatt als „im allgemeinen recht günstig" bezeichnet.

Diese Darlegungen des „Reichsarbeitsblattes" stellten die Lage der Industriearbeiter — von den erfolgreichen Wirkungen der Sozialversicherung wurde dort kein Wort mehr

Tafel 28.

Der Altersaufbau der deutschen Lohnarbeiter in den gewerblichen Berufsarten 1907.

Berufsarten	Zahl der Arbeiter insgesamt (ausschl. unbekannten Alters)	Von 100 entfielen auf die Altersklasse von					
		unter 20 Jahren	20—30 Jahren	30—40 Jahren	40—50 Jahren	50—60 Jahren	60 Jahren u. darüber
Zimmerer	183 475	20,5	28,0	21,0	14,6	10,0	5,9
Maurer	541 641	21,4	31,2	22,3	12,3	8,5	4,3
Eisengießerei	132 181	19,5	29,5	24,4	16,5	7,4	2,7
Hüttenbetrieb	216 071	17,8	30,1	26,6	16,3	6,9	2,3
Tischlerei	339 121	26,4	32,2	20,6	12,0	6,1	2,7
Maschinen, Werkzeug, Apparate	375 487	21,9	32,5	24,1	12,8	6,4	2,3
Glashütten und Glasbläserei	63 137	28,5	28,4	22,0	12,6	6,3	2,2
Schuhmacherei	145 720	35,1	31,5	16,6	9,6	4,6	2,6
Grob- und Hufschmiede	152 819	35,3	31,1	17,1	9,4	5,0	2,1
Gewinnung von Stein- und Braunkohlen	564 366	15,4	30,5	28,2	19,1	5,6	1,2
Buchdrucker	89 351	29,8	35,3	19,3	10,3	3,8	1,5
Stubenmaler, Tüncher	146 284	34,0	33,8	18,1	9,0	3,7	1,4
Schlosserei	343 439	37,0	33,5	17,0	7,5	3,6	1,4
Reichsdurchschnitt der Industriearbeiter	7 003 093	23,8	30,9	22,3	13,4	6,7	2,9
Gesamte männliche Bevölkerung	30 457 980	44,8	16,8	13,9	10,4	7,1	7,0
Alle männlichen Erwerbstätigen *)	18 583 864	17,4	26,6	22,2	16,4	10,6	6,8

*) Diese Angabe fehlt im „Reichsarbeitsblatt". (Nach „Reichsarbeitsblatt" 1914 Nr. 7.)

[1]) „Übersichten über die Altersgliederung der Industriearbeiter nach Gewerbezweigen und Bezirken auf Grund der Berichte der preußischen Gewerbeaufsichtsbeamten für 1912", Sonderbeilage zum „Reichsarbeitsblatt" 1914 Nr. 4.

gesagt — weit weniger rosig dar, als man es von früheren amtlichen Kundgebungen her gewohnt war. Aber auch das „Reichsarbeitsblatt“ hat Tatsachen, die für die vorliegenden Fragen sehr bedeutungsvoll sind, außer acht gelassen. Immerhin sind die von ihm dargebotenen Zahlen sehr beachtenswert, und die wichtigsten dieser Ziffern geben wir in der Tafel 28 wieder.

Die Tafel 28 zeigt, daß die Besetzung der Altersklassen von 50 bis 60 bezw. 60 und mehr Jahren bei einzelnen Berufsarten sehr erheblich von dem für die Industriearbeiter gefundenen Reichsdurchschnitt abweicht. Sicherlich ist die Tatsache, daß manche Berufe wie Stubenmaler, Buchdrucker, Schuhmacher so ungünstige Ziffern aufweisen, nicht allein auf die Tätigkeit in dem betreffenden Beruf zurückzuführen; man muß vielmehr hier noch manche andere Umstände berücksichtigen und vor allem daran denken, daß sich den zuletzt genannten Berufsarten gewöhnlich nicht die kräftigsten Jünglinge widmen. Aber es ist doch in der Tafel 28 auffallend, daß die Gesamtbevölkerung in den beiden obersten Altersklassen weit höhere Zahlen darbietet als die Industriearbeiter im allgemeinen, wobei überdies zu bemerken ist, daß der Unterschied noch viel größer sein würde, wenn nicht bei der Gesamtbevölkerung in der Altersklasse unter 20 Jahren alle männlichen Kinder mitgerechnet worden wären, während bei den Industriearbeitern nur die Erwerbstätigen, also erst die über 14 Jahre alten Personen, berücksichtigt werden konnten. Ich habe daher in der Tafel 28 am Schluß den Altersaufbau der gesamten männlichen Erwerbstätigen angefügt. Vergleicht man, insbesondere mit Hilfe unserer Zeichnung 8, diese

Zeichnung 8.

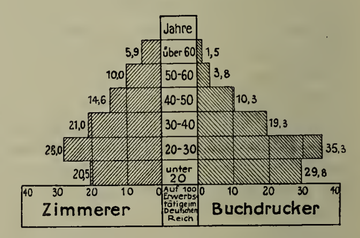
Altersaufbau der Industriearbeiter und sonstigen Erwerbstätigen.

Jahre
2,9 über 60 6,8
6,7 50-60 10,6
13,4 40-50 16,4
22,3 30-40 22,2
30,9 20-30 26,6
23,8 unter 20 17,4
40 30 20 10 0 0 10 20 30 40
Jndustriearbeiter (Reichsdurchschnitt)
Auf 100 Erwerbstätige im Deutschen Reich
Männl. Erwerbstätige (Reichsdurchschnitt)

(Nach Angaben des „Reichsarbeitsblatts“ 1914 gezeichnet.)

Zeichnung 9.

Altersaufbau der Zimmerer und Buchdrucker.



(Nach Angaben des „Reichsarbeitsblatts“ 1914 gezeichnet.)

Ziffern mit den Zahlen, die für den Reichsdurchschnitt der Industriearbeiter gelten, so erkennt man, um wieviel schwächer die Arbeiter gegenüber der Gesamtheit der männlichen Erwerbstätigen in allen oberen Altersklassen vertreten sind, und daß der „Knick im Schicksal der Arbeiter“ bei dem 40. Lebensjahr liegt. Dies gilt noch mehr für manche Berufsarten, z. B. die Buchdrucker, wie dies besonders klar aus der Zeichnung 9 zu ersehen ist. Selbst bei dem Vergleich der günstig dastehenden Zimmerer (Zeichnung 9) mit dem Reichsdurchschnitt der männlichen Erwerbstätigen (Zeichnung 8) zeigt sich, wie sehr die Arbeiter hinsichtlich der Besetzung in den oberen Altersklassen von den übrigen Erwerbstätigen überragt werden. Wenn wir die auf Seite 58 gestellte Frage: Währt das

Leben 70 und, wenn es hoch kommt, 80 Jahre? schon im allgemeinen nicht bejahen konnten, so werden wir sie für die Industriearbeiter und für die ganze Schicht der versicherten Erwerbstätigen auf Grund der vorstehenden und besonders auch noch der folgenden Angaben erst recht verneinen müssen.

Will man den Altersaufbau der Arbeiter mit dem der übrigen männlichen Bevölkerung nach Möglichkeit einwandfrei vergleichen, so ist das von A. Fischer benutzte Verfahren zu verwenden, wobei die gegen Invalidität versicherten Personen den versicherungsfreien Erwerbstätigen gegenübergestellt wurden. Die Tafel 29 enthält die betreffenden wirklichen Zahlen.

Tafel 29.

Der Altersaufbau der versicherungspflichtigen und nichtversicherten Erwerbstätigen 1907.

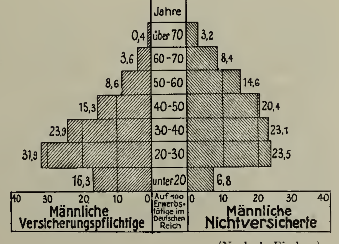
Altersklasse	Männliche Erwerbstätige		Weibliche Erwerbstätige	
	Versicherungspflichtige	Nichtversicherte	Versicherungspflichtige	Nichtversicherte
16—18 Jahre . . .	792 260	266 055	673 896	198 513
18—20 „ . . .	839 271	243 343	644 638	221 953
20—30 „ . . .	3 195 418	1 752 439	1 699 985	930 666
30—40 „ . . .	2 396 497	1 727 571	652 419	813 750
40—50 „ . . .	1 530 085	1 524 409	475 429	740 012
50—60 „ . . .	867 160	1 093 684	306 970	615 323
60—70 „ . . .	358 850	628 672	137 349	381 920
70 Jahre und darüber	44 024	236 458	17 166	127 320

(Nach A. Fischer.)

Man kann aber hierbei bei unserer Frage nur die für die männlichen Versicherten geltenden Ziffern berücksichtigen, da die weiblichen Versicherten in zahlreichen Fällen lediglich infolge der Heirat aus der Versicherung ausscheiden. Unsere Zeichnung 10 enthält die entsprechenden Angaben auf Grund der Verhältniszahlen. Wenn auch zu beachten ist, daß die höhere Besetzung in den oberen Altersklassen der Nichtversicherten zum Teil daher kommt, daß frühere Versicherungspflichtige selbständig wurden und daher aus der Versicherung ausschieden, so können hiermit die großen Unterschiede im Altersaufbau der beiden wirtschaftlich und sozial anders gearteten Volksschichten nicht genügend erklärt werden. Man muß vielmehr annehmen, daß zahlreiche Versicherungspflichtige frühzeitig, sei es infolge von Invalidität, sei es durch den Tod, verlorengingen. Für diese Ansicht sprechen auch die in unserer Tafel 30 wiedergegebenen Zahlenreihen, welche das Reichsversicherungsamt 1915 geliefert hat.

Zeichnung 10.

Altersaufbau der erwerbsfähigen Männer.



(Nach A. Fischer.)

Tafel 30.

Der Altersaufbau der männlichen Versicherten und der Gesamtbevölkerung im Jahre 1907.

Altersgruppe	Zahl der männlichen Bevölkerung	Zahl der männlichen gegen Invalidität Versicherten	Vom Tausend der männlichen Bevölkerung waren versichert
16 bis unter 18 Jahre	1 191 927	786 405	659,7
18 „ „ 20 „	1 162 590	832 620	716,2
20 „ „ 25 „	2 654 736	1 565 505	589,7
25 „ „ 30 „	2 467 146	1 600 482	648,7
30 „ „ 40 „	4 220 293	2 382 126	564,4
40 „ „ 50 „	3 177 104	1 524 351	479,8
50 „ „ 60 „	2 167 715	865 159	399,1
60 „ „ 70 „	1 386 701	358 479	258,5
70 Jahre und darüber	719 451	44 018	61,2
Unbekannt	3 120	—	—
	19 150 783	9 959 145	—

(Nach Reichstagsdrucksache Nr. 144 der 13. Legislaturperiode II. Session 1914/15.)

Die Tafel 30 zeigt, daß im Alter von 18 bis 20 Jahren mehr als $^2/_3$ der männlichen Bevölkerung versichert waren. Der Anteil fiel dann bei der Altersklasse von 20 bis 25 Jahren unzweifelhaft infolge des Militärdienstes, stieg aber wieder auf fast $^2/_3$ der Gesamtbevölkerung in der Altersklasse von 25 bis 30 Jahren. Von da an trat eine Verringerung

Tafel 31.

Invaliditäts- und Sterblichkeitsfälle im Deutschen Reich.

Altersklassen	Männliches Geschlecht: Auf 1000 gegen Invalidität Versicherte kamen Rentenempfänger 1906—1908 im Deutschen Reich	Männliches Geschlecht: Auf 1000 Mitglieder der Ortskrankenkasse Leipzig 1887—1904 kamen Sterbefälle	Männliches Geschlecht: Nach der allg. deutschen Sterbetafel 1891—1900 starben unter 1000 der Gesamtbevölkerung	Weibliches Geschlecht: Auf 1000 gegen Invalidität Versicherte kamen Rentenempfängerinnen 1906—1908 im Deutschen Reich	Weibliches Geschlecht: Auf 1000 Mitglieder der Ortskrankenkasse Leipzig 1887—1904 kamen Sterbefälle	Weibliches Geschlecht: Nach der allg. deutschen Sterbetafel 1891—1900 starben unter 1000 der Gesamtbevölkerung
20—24 Jahre	1,35 (20—29)	4,93	5,84	2,10 (20—29)	5,56	5,14
25—29 „		5,20	6,08		6,91	6,34
30—34 „	2,96 (30—39)	6,56	7,15	5,40 (30—39)	7,57	7,36
35—39 „		9,28	9,33		7,62	8,46
40—44 „	6,12 (40—49)	12,60	12,21	10,19 (40—49)	7,49	9,30
45—49 „		16,04	15,67		11,23	10,72
50—54 „	20,87 (50—59)	21,35	20,67	29,30 (50—59)	13,63	14,65
55—59 „		28,30	27,82		18,75	21,35
60—64 „	79,56 (60—69)	40,88	39,42	99,64 (60—69)	22,34	33,12
65—69 „		58,19	57,57		41,13	51,81
70 u. mehr Jahre	188,41	72,24	85,58	219,62	53,89	80,27

(Nach amtlichen Angaben zusammengestellt.)

ein, die besonders stark in der Altersklasse von 50 bis 60 Jahren wurde und dann noch zunahm, so daß die Versicherten der Altersklasse von 60 bis 70 Jahren nur noch ¼ der Gesamtbevölkerung dieses Alters darstellen. Man wird fragen, was ist aus den zahlreichen Versicherten geworden? Die Antwort lautet: Sie sind zumeist frühzeitig invalide geworden oder gestorben. Dies entnehmen wir der Tafel 31.

Die Tafel 31 zeigt, daß die männliche arbeitende Bevölkerung, soweit sie bei der Leipziger Ortskrankenkasse[1]) versichert war, vom 40. Jahr an eine höhere Sterblichkeit aufwies als die Gesamtbevölkerung. Man sieht aber ferner, daß für die männlichen Versicherten von 60 bis 69 Jahren die Gefahr, invalide zu werden, fast doppelt so groß ist, wie zu sterben. Schließlich erkennt man, daß die weiblichen Versicherten hinsichtlich der Invalidität noch weit stärker bedroht sind als die Männer. Die höhere Invaliditätswahrscheinlichkeit war nach unseren obigen Darlegungen über die starke Ausdehnung der weiblichen Erwerbsarbeit im Deutschen Reich zu erwarten; und es sei hier noch angefügt, daß, während im Durchschnitt des Reiches auf 1000 über 20 Jahre alte weibliche Versicherte 11,7 Invalidenrentenempfängerinnen im Mittel der Jahre 1906—1908 kamen, die entsprechende Zahl für Baden, in dem ja die Zahl der Arbeiterinnen ganz besonders hoch ist, sich im Mittel der Jahre 1905—1909 sogar auf 13,1 beläuft.

Bereits an dieser Stelle sei dann noch mitgeteilt, daß die Ziffer der Invalidenrenten im Deutschen Reich während der letzten Jahre vor dem Kriege stark zugenommen hat; dies zeigt die Tafel 32.

Tafel 32.

Festgesetzte Invalidenrenten.

Jahr	Invalidenrenten	Jahr	Invalidenrenten	Jahr	Invalidenrenten
1891	31	1902	142 789	1913	134 160
1892	17 784	1903	152 889	1914	130 617
1893	35 177	1904	140 092	1915	101 160
1894	47 385	1905	122 868	1916	107 808
1895	55 983	1906	110 969	1917	103 193
1896	64 450	1907	112 220	1918	111 174
1897	75 746	1908	116 852	1919	141 941
1898	84 781	1909	115 264	1920	130 601
1899	96 665	1910	114 661	1921	139 492
1900	125 717	1911	118 150	1922	129 243
1901	130 482	1912	124 825		

(Nach „Amtl. Nachrichten d. Reichsversicherungsamts".)

Zu der Tafel 32 ist zu bemerken, daß die Zahl der Renten im Jahre 1903 ihren Höhepunkt erreicht hatte. Die Ziffer ist dann, da die Versicherungsträger mit der Rentenbewilligung bis zum äußersten zurückhielten, zunächst stark gesunken. Trotzdem mußten 1907 bereits doppelt soviel Renten bewilligt werden wie 1895, während sich die über 20 Jahre alten Versicherten innerhalb dieser Zeit nur um 26 v. H. vermehrt haben. Seit 1907 ist die jährliche Anzahl der Invaliditätsfälle ständig gestiegen. Wenn auch in Betracht zu ziehen ist, daß in den ersten Jahren seit dem Bestehen der Invalidenversicherung von dem Rechte, Renten zu verlangen, weniger Gebrauch gemacht wurde als später, so kann auf diese Tatsache allein der starke Anstieg der bewilligten Renten nicht zurückgeführt

[1]) Siehe die Fußnote 2 S. 301.

werden. Hierauf hat A. Fischer schon 1913 mit Nachdruck hingewiesen. Seiner Ansicht trat jedoch insbesondere Pietsch, der Vorstand der Rechnungsabteilung des Reichsversicherungsamtes, entgegen. Das Reichsversicherungsamt hat aber dann (siehe Reichstagsdrucksache Nr. 144 vom 10. November 1915) selbst betont: „Es ist eine mehrfach beobachtete Erscheinung, daß die Wahrscheinlichkeit, invalide zu werden, im Laufe der Jahre gestiegen ist.“

Wenn Syrup und Ehrenberg zur klaren Erkenntnis der Ursachen des Altersaufbaues „exakte Untersuchungen mit tiefgehender Individualisierung“ fordern, so muß man ihnen unzweifelhaft zustimmen. Aber es läßt sich auf Grund unserer obigen Darlegungen auch jetzt schon folgendes zusammenfassend feststellen: Aus der Verminderung der Sterblichkeitsziffern der Gesamtbevölkerung darf nicht geschlossen werden, daß sich auch die Mortalität in allen Schichten der Lohnarbeiter, namentlich jenseits des 50. Lebensjahres, verringert hat. Der Altersaufbau der Erwerbstätigen zeigt keineswegs, daß sich die gesundheitliche Lage der Lohnarbeiter im allgemeinen gebessert hat. Man muß sogar eher annehmen, daß die Arbeiter in den letzten Jahren vor dem Kriege mehr als ehedem Gefahr liefen, frühzeitig invalide zu werden. Daß aber hierfür gerade die Erwerbsarbeit und insbesondere die Tätigkeit in bestimmten Berufen als Ursache im allgemeinen anzusehen ist, läßt sich aus dem vorliegenden Zahlenstoff nicht immer sicher nachweisen. Ein hygienischer Erfolg der Sozialversicherung, deren hoher Wert an sich durchaus gewürdigt werden soll, ist bei den großen Volksmassen nicht zu erkennen.

Die Vermutung liegt nun nahe, daß die Lebenshaltung der deutschen Lohnarbeiter, wenigstens in ihren Unter- und Mittelschichten, im Gegensatz zur Oberschicht, sich in den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkrieg nicht nur nicht verbessert, sondern eher verschlechtert hat. Oesterlen[1]) hat schon im Jahre 1876 darauf hingewiesen, daß bei Fabrikarbeitern „die Häufigkeit wie Schwere des Erkrankens samt der Sterblichkeit ungleich weniger mit der Ungesundheit ihrer Beschäftigung als mit der Kleinheit ihres Verdienstes gleichen Schritt hält“. Sollte unsere Vermutung zutreffen, so würde in der verschlechterten Lebenshaltung die Ursache dafür zu suchen sein, daß die körperliche Beschaffenheit der deutschen Arbeiter trotz der Sozialversicherung, die überdies vor dem Kriege noch besonders große Lücken zeigte, eine Einbuße erlitten hat. Wir müssen uns daher jetzt mit der Frage, wie sich die Lebenshaltung des deutschen Volkes in den letzten Jahrzehnten gestaltet hat, beschäftigen.

b) Lebenshaltung.

Die Lebenshaltung hängt von dem Verhältnis der Einnahmen zu den unvermeidbaren Ausgaben oder, wie man sich ausdrückt, von der Kaufkraft der Löhne ab.

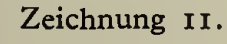
Angaben, wie sich das deutsche Volk nach Einkommenklassen gliedert, wurden vom Reich vor dem Kriege nicht veröffentlicht. Wohl aber lagen entsprechende Mitteilungen aus einzelnen Bundesstaaten vor. So wurde aus Bayern für die Steuerperiode 1908/11 mitgeteilt, daß 68% aller Steuerzahler weniger als 1200 und weit über 50% sogar weniger als 1050 Mark Jahreseinkommen hatten. Auch in Sachsen belief sich bei fast der Hälfte aller Steuerzahler das Jahreseinkommen in den letzten Jahren vor dem Kriege auf nur 1250 Mark. Im Jahre 1910 zählte man in Baden 428000 Steuerpflichtige, von denen 76000 bis 1000, 171000 bis 1500, 79000 bis 2000 Mark Jahreseinnahme hatten.

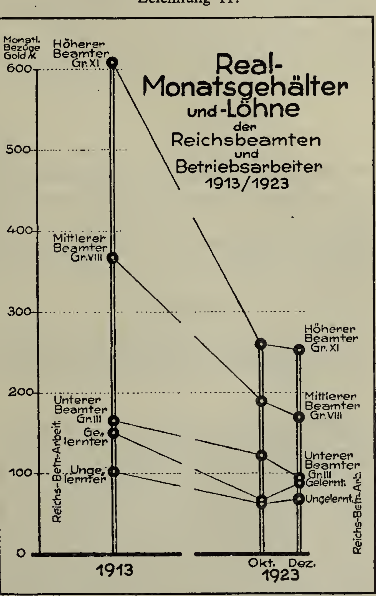
Einheitliche Angaben über die Löhne im Deutschen Reich vor dem Kriege sind nicht vorhanden. Die Löhne schwankten je nach der Berufsart, der Örtlichkeit, der Geschäftslage und den persönlichen

[1]) Oesterlen: „Handbuch der Hygieine“, Tübingen 1876, S. 829.

Zuständen. Für manche Berufsarten, so für den Bergbau, das Bau-, Holzverarbeitungs-, Metallverarbeitungs- und Buchgewerbe sowie das Verkehrswesen, liegen statistische Mitteilungen vor, aus denen sich ergibt, daß in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege die Löhne sehr erheblich gestiegen sind, zumeist sich sogar verdoppelt haben. Es ist aber zweifelhaft, ob die Löhne das ganze Jahr hindurch oder nicht vielmehr nur zeitweise (Saisonarbeiter!) verdient wurden.

In und noch mehr nach dem Kriege trat im Deutschen Reich eine tiefgreifende Änderung in den Einnahmen aller Volkskreise ein. Die ungeheure Geldentwertung führte zu astronomischen Ziffern bei den Löhnen und Gehältern, denen jedoch immer noch höhere Summen, die für die notwendigsten Bedürfnisse erforderlich waren, gegenüberstanden. Übergehen wir diese Folgen einer durch und durch krankhaften Volkswirtschaft und betrachten wir die Verhältnisse, wie sie sich seit Oktober 1923 — seit dieser Zeit behielt das deutsche Geld am Dollar gemessen den gleichen Wert — entwickelt haben. Hierüber unterrichten uns die in der Zeichnung 11 enthaltenen Angaben.


Zeichnung 11.



(Nach „Wirtsch. u. Stat.“ 1924 Nr. 2.)

In der Zeichnung 11 werden zwar nur die Gehälter und Löhne der Reichsbeamten und -arbeiter angeführt. Aber nach diesen Maßstäben richten sich im allgemeinen die Bezüge auch in den Gliedstaaten, in den Stadtverwaltungen und in vielen sonstigen Betrieben. Verglichen werden die Reallöhne, d. h. die Kaufkraft der Löhne, von 1913 mit den vom Herbst 1923. Man sieht, daß selbst die Löhne der ungelernten und gelernten Arbeiter, die auch schon 1913 niedrig waren, noch verringert wurden. Besonders übel sind jedoch die mittleren Beamten daran, die 1913 noch ein zufriedenstellendes Einkommen hatten, sich aber 1923 mit etwa der Hälfte begnügen müssen, so daß ihre Bezüge jetzt nur um ein geringes die Löhne der gelernten Arbeiter von 1913 überragen. Verhältnismäßig am meisten gekürzt wurden die Gehälter der höheren Beamten, die früher eine wirtschaftlich gehobene Klasse darstellten, deren Einnahmen jetzt aber nicht viel größer sind als ehedem die Bezüge der unteren Beamten. In der letzten Zeit (Sommer 1924) sind allerdings die Gehälter erheblich erhöht worden.

Dazu kommt, daß zahlreiche Personen aus dem Mittelstand und auch aus der Oberschicht der Arbeiterschaft vor dem Kriege ein mehr oder weniger großes Kapitalvermögen besaßen, das jedoch mittlerweile in den meisten Fällen völlig entwertet worden ist.

Bei den Bezügen der Arbeiter ist nun noch zu berücksichtigen, daß die Löhne in den einzelnen Altersklassen oft erheblich voneinander abweichen. Hierüber liegen z. B. die in unserer Tafel 33 enthaltenen Angaben über die Löhne von 2431 Arbeitern der Maschinenfabrik Gritzner A.-G. in Durlach nach dem Stande vom Januar 1909 vor

Tafel 33.

Arbeiterlöhne nach Altersklassen.

In einer Stunde wurden durchschnittlich verdient . . . . Pfennige im Alter

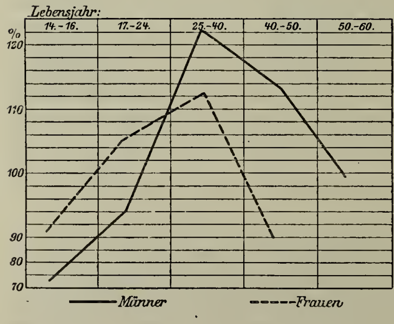
Alter	Pfennige	Alter	Pfennige
von 14—16 Jahren . . .	18,0	von 31—35 Jahren . . .	47,5
„ 17—18 „ . . .	26,6	„ 36—40 „ . . .	47,3
„ 19—21 „ . . .	34,5	„ 41—45 „ . . .	45,5
„ 22—24 „ . . .	39,8	„ 46—50 „ . . .	44,4
„ 25—27 „ . . .	44,9	„ 51—55 „ . . .	43,0
„ 28—30 „ . . .	46,1	„ über 55 „ . . .	37,8

(Nach „Reichsarbeitsblatt“ 1914 Heft 4.)

Wir ersehen also aus der Tafel 33, daß um das 40. Lebensjahr herum in der Lohnhöhe und, da diese einen Maßstab für die Leistungsfähigkeit der Arbeiter darstellt, auch in der körperlichen und geistigen Wertigkeit der Webersche „Knick“ eingetreten ist. Hiermit übereinstimmende Ergebnisse wurden vielfach gewonnen. Besonders belehrend ist die von M. Bernays veröffentlichte, in unserer Zeichnung 12 wiedergegebene Darstellung der aus Einzelakkorden berechneten Leistungsfähigkeit von Spinnern und Spinnerinnen, Webern und Weberinnen in den einzelnen Altersklassen. Man erkennt deutlich, daß die Löhne sowohl der Männer wie der Frauen vor dem 40. Lebensjahr von ihrem Gipfel herabzusteigen beginnen.

Zeichnung 12.

Leistungsfähigkeit von Arbeitern und Arbeiterinnen in einzelnen Altersklassen.



(Nach M. Bernays.)

Die Frage, wie sich das „Haushaltungsbudget“ der Arbeiter und der ihnen wirtschaftlich nahestehenden Volkskreise in seinen einzelnen Teilen gestaltet, hat schon den Ersten internationalen statistischen Kongreß zu Brüssel 1853 beschäftigt. Als erster hat dann 1855 der Belgier Ducpetiaux[1]) die Ergebnisse einer Erhebung, die sich auf 199 Haushaltungen von belgischen Vierkinderfamilien erstreckte, veröffentlicht; er gelangte zu der Mahnung, daß das „laisser aller“ nicht in ein „laisser souffrir, laisser mourir“ ausarten dürfe. In demselben Jahre gab der Franzose Le Play[2]) ein ähnliches Werk heraus.

[1]) Ducpetiaux: „Budgets economiques des classes ouvrières en Belgique“ 1855.

[2]) Le Play: „Les ouvriers européens“, Paris 1855.

Es schlossen sich hieran dann entsprechende Arbeiten aus den Vereinigten Staaten von Amerika, England, der Schweiz und Dänemark. Besondere Beachtung verdient ein Aufsatz, den der sächsische Statistiker Ernst Engel[1]) in der von ihm geleiteten amtlichen Zeitschrift erscheinen ließ; er faßte die wichtigsten Ergebnisse jener Erhebungen zusammen und gelangte zu dem Satz, daß „je ärmer eine Familie ist, ein desto größerer Anteil von der Gesamtausgabe zur Beschaffung der Nahrung aufgewendet werden muß". Diese Feststellung wird als Engelsches Gesetz bezeichnet. Die Zahlenangaben, denen das Gesetz entnommen wurde, sind in unserer Tafel 34 enthalten. Hierbei ist zu bemerken, daß zur 1. Gruppe ganz dürftige Arbeiterfamilien, die zum Teil durch öffentliche Wohltätigkeit unterhalten werden müssen, zur 2. Gruppe wenig bemittelte Familien, denen jedoch keine öffentlichen Unterstützungen zufließen, und zur 3. Gruppe soweit bemittelte Familien, daß sie hinsichtlich ihres Lebensunterhalts in keiner Weise von anderen abhängig sind, gehören.

Tafel 34.

Belgische Haushaltsrechnungen von Ducpetiaux.

Arbeitergruppen	Von je 100 Frank Einnahmen rühren her					Von je 100 Frank Ausgaben kommen auf								
	vom Arbeitslohn				von sonstigen Quellen	Nahrung	Kleidung	Wohnung	Heizung usw.	Geräte usw.	Erziehung usw.	öffentl. Sicherheit usw.	Gesundheitspflege usw.	persönliche Dienstleistungen
	des Familienhauptes	der Mutter	der Kinder	überhaupt										
1. Gruppe	56,07	10,85	20,88	87,80	12,20	70,89	11,74	8,72	5,63	0,64	0,36	0,15	1,68	0,19
2. Gruppe	54,14	10,54	23,52	88,20	11,80	67,37	13,16	8,33	5,51	1,16	1,06	0,47	2,78	0,16
3. Gruppe	50,72	8,06	23,63	82,41	17,59	62,42	14,03	9,04	5,41	2,31	1,21	0,88	4,30	0,40

(Nach Ernst Engel.)

Zu einer ähnlichen Gesetzmäßigkeit auf dem Gebiet des Wohnungswesens ist dann der Berliner Statistiker H. Schwabe[2]) 1868 gelangt. Er untersuchte das Verhältnis von Miete und Einkommen bei den Einwohnern Berlins und fand, daß die Ausgaben bei einem Jahreseinkommen von 1100 Taler für die Wohnung 27,54%, bei 1500 Taler 23,39%, bei 2000 Taler 20,56%, bei 3000 Taler 17,40%, bei 4000 Taler 15,12% und so fort, schließlich bei 10000 Taler nur 9,20% und bei 80000 Taler sogar nur 2,28% in Anspruch nahmen. So kam er zu dem Satz: „Je ärmer jemand ist, einen desto größeren Teil seines Einkommens muß er für die Wohnung verausgaben." Dies Ergebnis wird Schwabesches Gesetz genannt.

Wenn auch diese beiden wirtschaftlichen Gesetze, wie sich gezeigt hat, unter gewissen Umständen Einschränkungen erfahren, so besitzen sie doch im allgemeinen auch jetzt noch volle Gültigkeit.

Später sind dann in Deutschland und im Auslande vielfach groß angelegte Untersuchungen, die sich mit der Lebenshaltung der Arbeiter und anderer Volksschichten

[1]) Ernst Engel: „Die vorherrschenden Gewerbszweige in den Gerichtsämtern mit Beziehung auf die Produktions- und Konsumtionsverhältnisse des Königreichs Sachsen", Zeitschrift des Statist. Bureaus 1857.

[2]) H. Schwabe: „Das Verhältnis von Miete und Einkommen in Berlin", Gemeindekalender und städt. Jahrbuch 1868.

befassen, durchgeführt worden. Besonders beachtenswert sind hierbei die Erhebungen des Kaiserl. Statist. Amtes[1]), des Deutschen Metallarbeiterverbandes[2]) und des österreichischen Handelsministeriums[3]).

Für die Arbeit des Kaiserl. Statist. Amtes wurden die Wirtschaftsrechnungen von 522 Arbeiter- und 218 Beamtenfamilien aus dem Jahre 1908 benutzt. Die gleichzeitig, aber unabhängig hiervon durchgeführte Untersuchung des Deutschen Metallarbeiterverbandes erstreckte sich auf 320 Arbeiterfamilien, die mit besonderer Sachkenntnis ausgewählt und überwacht wurden. Die Ergebnisse der beiden Erhebungen, für welche Familien aus den verschiedensten Teilen Deutschlands herangezogen wurden, stimmen sehr gut überein; man darf daher annehmen, daß typische Familien untersucht worden sind. Aus den beiden genannten Veröffentlichungen führen wir die wichtigsten Angaben in unserer Tafel 35 an.

Tafel 35.

Einnahmen und Ausgaben im Haushalt von Minderbemittelten im Deutschen Reich.

Art der Einnahmen bezw. Ausgaben	Durchschnittlich in Mark		Vom Hundert der Gesamtausgaben	
	nach der Erhebung		nach der Erhebung	
	des Kaiserl. Stat. Amts	des Metallarb.-Verbandes	des Kaiserl. Stat. Amts	des Metallarb.-Verbandes
Einnahmen:				
Verdienst des Mannes	1507,92	1485,04	82,2	80,0
Verdienst der Familienangehörigen .	164,78	178,96	8,9	9,6
Sonstige Einnahmen	162,68	192,19	8,9	10,4
Zusammen . .	1835,38	1856,19	100,0	100,0
Ausgaben:				
Nahrung	955,06	975,42	52,0	53,4
Kleidung	204,67	235,11	11,2	12,9
Wohnung	312,52	264,09	17,0	14,5
Heizung und Beleuchtung	77,99	77,73	4,3	4,3
Sonstiges	284,82	272,93	15,5	14,9
Zusammen . .	1835,06	1825,28	100,0	100,0

(Nach Angaben des Metallarbeiterverbandes.)

Der Tafel 35 entnimmt man, daß das Durchschnittseinkommen der in Betracht gezogenen Familien für die Verhältnisse vor dem Weltkriege recht ansehnlich war. Trotzdem konnten, wie der Vergleich der Einnahmen mit den Ausgaben zeigt, Ersparnisse nicht erzielt werden. Dazu kommt, daß, wie die Tafel 35 ferner lehrt, 8,9 bezw. 9,6% der Einnahmen auf die Erwerbsarbeit von Familienangehörigen zurückzuführen sind; ohne die Löhne der Familienangehörigen wären diese Familien, bei gleichbleibenden Aus-

[1]) „Erhebung von Wirtschaftsrechnungen minderbemittelter Familien im Deutschen Reich“, 2. Sonderheft zum „Reichsarbeitsblatt“, Berlin 1909.

[2]) „320 Haushaltungsrechnungen von Metallarbeitern“, herausgegeben vom Vorstand des Deutschen Metallarbeiterverbandes, Stuttgart 1909.

[3]) „Wirtschaftsrechnungen und Lebensverhältnisse von Wiener Arbeiterfamilien in den Jahren 1912—1914“, Sonderheft zur „Sozialen Rundschau“ 1916, Wien 1916.

gaben, in Schulden geraten. Von dem Gesamtaufwand waren 52,0 bezw. 53,4% für die Ernährung, 17,0 bezw. 14,5% für die Wohnung erforderlich. Man erkennt sogleich, wie maßgebend die Gesamtausgaben von den Ernährungskosten beeinflußt werden. Je nach dem Anteil für die Ernährung gestaltet sich der für die übrigen gesundheitlichen Bedürfnisse und insbesondere für die Wohnung übrigbleibende Betrag. Gelänge es, die Ausgaben für die Ernährung zu verringern, d. h. hauptsächlich die Nahrungsmittelpreise zu verkleinern, so könnte die Erwerbsarbeit verheirateter Frauen eingeschränkt und eine größere Summe für die Wohnung benutzt werden.

Zu bemerken ist noch, daß die österreichische Untersuchung, die sich auf die Rechnungen von 119 Wiener Arbeiterfamilien stützt, in allen wesentlichen Punkten zu denselben Ergebnissen gelangt ist wie die beiden soeben erörterten deutschen Erhebungen.

Zeichnung 13.



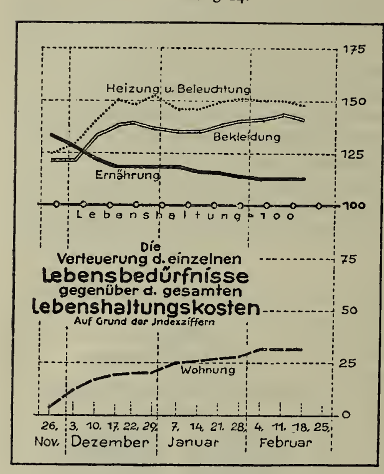
(Nach „Wirtsch. u. Stat." 1924 Nr. 3.)

Während und nach dem Weltkriege ist das frühere Bild der Haushaltrechnungen infolge der Hungerblockade, des Wohnungsmangels und der Geldentwertung stark verändert worden. Die schrecklichen Erlebnisse, die auf diesem Gebiet zu verzeichnen waren, zu schildern, kann hier unterbleiben. Wir geben in unserer Zeichnung 13 an, wie sich der Anteil der einzelnen Ausgabengruppen an den Gesamtlebenskosten im November 1923, wo der Wert des deutschen Geldes wieder beständig zu werden anfing, gestaltet hat, und wie sich inzwischen bis Februar 1924 das Verhältnis neuerdings etwas änderte. Man entnimmt der Zeichnung[1]) 13, daß man bis November 1923 einen gewaltigen Betrag für die Ernährung aufwenden mußte, während die Ausgaben für die Wohnung äußerst gering waren. Seitdem sind die Ernährungskosten nicht unwesentlich gefallen und die Mieten gestiegen. Die Zeichnung[1]) 14 lehrt, wie sich in der Zeit von November 1923 bis Februar 1924 die Kosten für die einzelnen Lebensbedürfnisse im Verhältnis zu den gesamten Lebenshaltungskosten 1913/14, wobei diese gleich 100 gesetzt werden, verändert haben. Wir erkennen, daß man als Miete zurzeit 33% des Friedenswertes bezahlt, daß aber die Ausgaben für die Ernährung und besonders auch für Bekleidung, Heizung und Beleuchtung jetzt noch weit höher sind als vor dem Kriege. Auch die Miete wird wohl im Herbst erheblich steigen. Diese Erhöhung der Ausgaben vergleiche man nun mit der in der Zeichnung 11 dargestellten Verminderung der Löhne und Gehälter.

Sehr lehrreich ist es, wenn man die Haushaltungskosten in Deutschland mit den in einigen ausländischen Staaten vergleicht. C. von Tyszka bietet hierfür einen

[1]) Die Angaben in diesen Zeichnungen sind auf Grund von Mitteilungen aus 72 deutschen Städten amtlich berechnet.

Zeichnung 14.

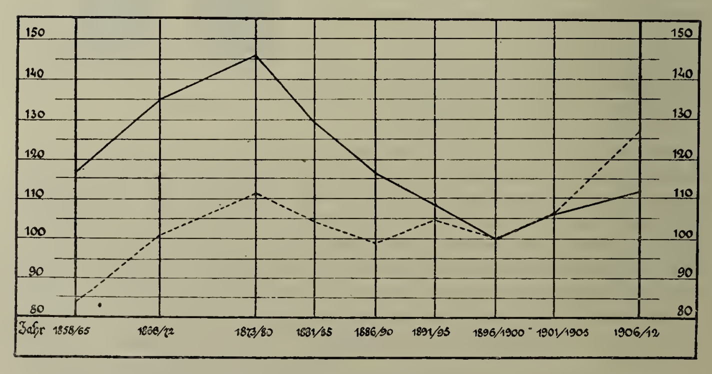


(Nach „Wirtsch. u. Stat." 1924 Nr. 4.)

Zahlenstoff, der sich auf englische, deutsche, französische, spanische und belgische Arbeiterfamilien erstreckt. Von seinen wertvollen Darlegungen, die er 1914 veröffentlichte, enthält unsere Zeichnung 15 die auf die Zeit von 1858/65 bis 1906/12 sich erstreckenden Angaben über die Haushaltrechnungen englischer und deutscher Arbeiterfamilien. Man erkennt deutlich, daß die Haushaltungskosten der deutschen Arbeiterfamilien bis 1873/80 weit geringer waren als die der englischen, daß sie sich dann immer mehr einander näherten, bis sie sich kreuzten, und daß seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts die Ausgaben im Deutschen Reich größer geworden sind als in England. Tyszka faßt seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

Zeichnung 15.

Haushaltungskosten englischer und deutscher Arbeiterfamilien 1858/65 bis 1906/12.



——— Haushaltungskosten englischer Arbeiterfamilien.

- - - - - Haushaltungskosten deutscher Arbeiterfamilien.

(Nach C. v. Tyszka.)

„Zweifellos war in früheren Jahrzehnten das Leben in Deutschland bedeutend billiger als in England. Deutschland war einmal ein äußerst wohlfeiles Land. Das änderte sich aber. Während auf dem Weltmarkte die Preise der Agrarprodukte fielen, während in England die Lebensbedingungen fortgesetzt günstigere wurden, fing das Leben in Deutschland an sich zu verteuern. Alles stieg im Preise, besonders die notwendigsten Lebensbedürfnisse verteuerten sich zum Teil ganz außerordentlich. Dazu trat eine enorme Steigerung der Bodenpreise in Stadt und Land. Deutschland verwandelte sich binnen wenigen Jahrzehnten aus einem billigen Lande mit günstigen Lebensbedingungen zu einem überaus teuren Lande, in welchem infolge der Preissteigerungen gerade der notwendigsten Lebensmittel, Fleisch und Brot, die Lebensbedingungen besonders des städtischen Bürgers und Arbeiters sich fortgesetzt verschlechtert haben. Deutschland ist heute vielleicht das teuerste Land in Europa."

Die Verteuerung der Lebensmittel ist nun aber allein noch kein Beweis für die Verschlechterung der Lebenshaltung, wofern die Einnahmen entsprechend gestiegen sind. Tyszka untersuchte daher, wie die Reallöhne, welche die Arbeiter in einigen europäischen Staaten während der letzten Jahre vor dem Kriege erhalten haben, beschaffen waren, und kam zu folgenden Ergebnissen: Die Löhne (Nominallöhne) seien in der Zeit von 1870 bis 1910 am stärksten in Deutschland, immerhin beträchtlich auch in Frankreich, viel weniger in Großbritannien gestiegen; aber bei einem Vergleich der Bewegung der Reallöhne schneiden die deutschen Arbeiter weitaus am schlechtesten ab. Die außerordentliche Preissteigerung der Lebensmittel sei in Deutschland selbst durch die starke Lohnaufbesserung nicht wettgemacht worden. Die bedeutende Erhöhung der Lebenshaltung, welche die französischen Arbeiter aufzuweisen haben, sei jedoch sehr teuer erkauft, nämlich durch die infolge des Geburtenrückganges fehlende Bevölkerungszunahme. In England dagegen seien die Lebensbedingungen des Volkes hauptsächlich durch die fortgesetzte Ermäßigung der Lebenskosten verbessert worden, wozu die Lohnsteigerung als weiteres förderndes Mittel hinzugekommen sei.

In einer englischen amtlichen Veröffentlichung[1]), die sich mit den Beziehungen der öffentlichen Gesundheitspflege zu der sozialen Umwelt befaßt — und die der Methode nach für Deutschland ein Vorbild sein sollte —, wird u. a. der Verlauf der allgemeinen Sterblichkeit sowie der Schwindsuchtssterblichkeit mit der Bewegung der (für die Lebensmittelpreise maßgebenden) Großhandelspreise sowie der Löhne verglichen. In unserer Zeichnung 16 sind die entsprechenden Angaben durch Linien ausgedrückt worden. Man sieht, daß die Löhne seit 1869 erheblich gestiegen sind. Gleichzeitig sind die Preise, abgesehen von der Entwicklung bis 1873, ständig bis 1885 gefallen; dann sind sie wieder etwas höher geworden, aber zuletzt (1907) sind sie immer noch verhältnismäßig so gering, daß sie nur 80% von den Preisen des Jahres 1869 betragen. Und in dem gleichen Maße, wie sich die Lebenshaltung in England gebessert hat, sind die Sterbeziffern im allgemeinen und besonders die Schwindsuchtszahlen kleiner geworden. Kann man noch daran zweifeln, daß es sich hier nicht nur um ein post hoc, sondern um ein propter hoc handelt?

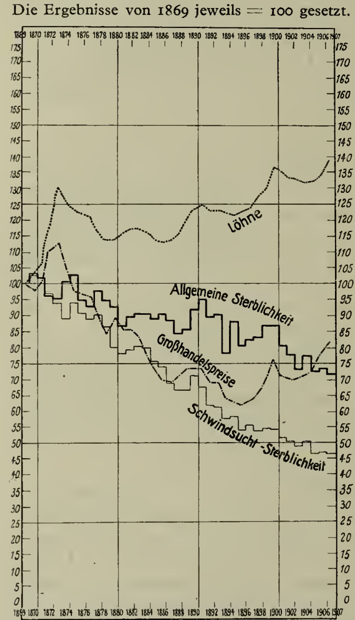
Zu diesen Ergebnissen ist freilich mancherlei zu bemerken. Man wird zunächst A. Günther zustimmen müssen, wenn er auf die Schwierigkeiten, eine einwandfreie Statistik der Nominallöhne und besonders der Reallöhne zu erhalten, hinweist und betont, daß wir „von einer restlosen Erfassung des Komplexes der einschlägigen Fragen noch recht weit entfernt" sind. Große Vorsicht ist daher, und namentlich bei internationalen Vergleichen, auf diesem vom Kampf der Ansichten umtobten sozialwirtschaftlichen

[1]) „Public health and social conditions", herausgegeben vom Local Government Board, London 1909.

Zeichnung 16.

Lebenshaltung und Sterblichkeit in England 1869—1907.

Die Ergebnisse von 1869 jeweils = 100 gesetzt.



(Nach Angaben des Local Government Board.)

Gebiete gewiß erforderlich. Aber ich bin doch der Ansicht, daß die im Deutschen Reich vor dem Kriege durchgeführte Wirtschaftspolitik mit ihren hohen Getreidezöllen, die sich im Gegensatz zu den englischen Grundsätzen befand, die Lebenshaltung verteuert und dadurch die Gesundheit erheblich geschädigt hat. Schon Oesterlen hat 1865 im „Handbuch der medizinischen Statistik" vorausgesagt: „Je teuerer das Brot, um so mehr erkranken und sterben." Im gleichen Sinn äußerte sich Ed. Reich 1870 in seinem „System der Hygieine": „Will man eine Bevölkerung glücklich und gesund erhalten, muß man zunächst Teuerung und Hungersnot verhüten." Und daß Friedrich Naumann[1]) recht hatte, als er schrieb: „Was helfen unsere neuen, peinlich sauberen Lungenheilstätten, solange wir die Ernährung der Proletarier erschweren? Der Bazillus weicht dem besseren Brote ..... Mit dem billigeren Brote werden die Lungen freier und stärker", werden wir in dem Abschnitt „Nahrungswesen" noch zu schildern haben. Unsere Getreidezollpolitik war, vom Standpunkte der Volksgesundheit aus betrachtet, ein Fehler. Aber es soll nicht geleugnet werden, daß sich trotz dieser Politik die Lebenshaltung für weite Volksschichten in Deutschland während der letzten Jahrzehnte vor dem Weltkriege gebessert hat. Darum sind ja auch bei uns die Sterblichkeitszahlen im allgemeinen und besonders die Ziffer der Tuberkulosesterblichkeit in dieser Zeit kleiner geworden. Wir sind jedoch hinter England zurückgeblieben (was ebenfalls noch in späteren Abschnitten darzulegen sein wird), weil unsere Handelspolitik schlechter war. Sodann muß nach unseren obigen Ausführungen bezweifelt werden, ob an den gesundheitlichen Erfolgen, die während der letzten Jahrzehnte vor dem Krieg in dem reich gewordenen Deutschland erzielt wurden, auch die Mittel- und Unterschichten der Lohnarbeiter im Hinblick auf die Steigerung der Lebenshaltungskosten erheblich beteiligt sein konnten.

Auf Grund der bereits dargebotenen Angaben, die in den späteren Abschnitten noch ergänzt werden, gelangt man zu der folgenden, das Gesundheitswesen maßgebend beeinflussenden Gesetzmäßigkeit: Die allgemeine Sterblichkeit und namentlich die

[1]) Fr. Naumann: „Das blaue Buch von Vaterland und Freiheit", Königstein im Taunus 1913.

Schwindsuchtssterblichkeit verlaufen, von Besonderheiten abgesehen, im gleichen Sinne wie die Bewegung der Lebensmittelpreise und im umgekehrten Sinne wie die Bewegung der Reallöhne.

Aber wie auch immer man die Zustände vor dem Kriege beurteilen mag, sicher ist, daß man jetzt nach dem Kriege tiefgreifende Maßnahmen, soweit sie irgend durchführbar sind, anwenden muß, um die jetzige wirtschaftliche und gesundheitliche Lage weitester Volkskreise, zu denen gegenwärtig auch zahlreiche Familien des früheren Mittelstandes gehören, zu verbessern. Daß hierbei die Niedrighaltung der Preise für die wichtigsten Nahrungsmittel im Vordergrund stehen muß, kann nun wohl nicht mehr zweifelhaft sein.

Schließlich wären noch zwei Fragen hier zu erörtern. Zunächst ist darauf hinzuweisen, daß auch die Regelung der Arbeitszeit für die Lebenshaltung und Gesundheit von großer Bedeutung ist. Aber hierauf kommen wir erst in dem Abschnitt „Erholung" im allgemeinen und, soweit es sich um Nachtarbeit, um Frauenarbeit sowie um Arbeit von Kindern und Jugendlichen handelt, in den Abschnitten „Arbeiter", „Schulkinder" und „Jugendliche" zu sprechen. Dagegen soll über die Arbeitslosenfrage bereits an dieser Stelle einiges angeführt werden.

Arbeitslosigkeit wird verursacht durch wirtschaftliche Kämpfe — Streiks, Aussperrungen — oder durch wirtschaftliche Krisen. Vom Standpunkte der Volksgesundheit aus ist die Ursache der Arbeitslosigkeit von untergeordneter Bedeutung; die Not der Beschäftigungslosen und die aus der wirtschaftlichen Lage zu erwartenden gesundheitlichen Gefahren der Betroffenen sind unter allen Umständen Gebiete, denen der Sozialhygieniker seine Aufmerksamkeit zuwenden muß. Aber ganz besonders wird man sich mit denjenigen, die infolge einer Krise unverschuldet um ihr Brot gekommen sind, zu befassen haben; für sie gilt das Wort von Carlyle[1]): „Ein Mann, der gern arbeiten möchte und keine Arbeit finden kann, ist vielleicht der traurigste Anblick, den uns die Ungleichheit des Glückes unter der Sonne sehen läßt." In der Tat, es gibt nichts Traurigeres, als zu sehen, daß zahlreiche Familien, die selbst bei angestrengter Arbeit des Ernährers und mithelfender Angehöriger nur gerade noch so viel einnehmen, daß sie die Kosten für den Lebensunterhalt bestreiten und gesund bleiben können, auf das geringfügige Arbeitslosengeld angewiesen sind. Da muß oft genug gedarbt und gehungert werden. Die Folgen hiervon werden wir noch in dem Abschnitt „Nahrungswesen" zu schildern haben. Hier sei nur darauf hingewiesen, daß gewisse Schädigungen sich nicht nur bei den Arbeitslosen selbst zeigen; die ganze Arbeiterschaft fühlt, wie das Damoklesschwert der Arbeitslosigkeit über ihr schwebt. So entsteht jene Gereiztheit, die man häufig bei Arbeitern findet.

Auch schon vor dem Kriege war zeitweise, insbesondere bei manchen Berufsarten, wie im Bau- oder Bekleidungsgewerbe, die Zahl der Arbeitslosen recht groß. Aber diese Zustände sind noch als erträglich zu bezeichnen im Verhältnis zu der Not, die im Anschluß an den Krieg um sich griff. Nach Angaben[2]) des Reichsarbeitsministers war im Dezember 1923 ungefähr ein Drittel der erwerbstätigen Arbeitnehmer Deutschlands ohne Arbeit. Im unbesetzten Gebiet allein wurden am 1. Dezember 1923 fast 1½ Millionen Vollerwerbslose und nahezu 2 Millionen Kurzarbeiter gezählt; die Vollerwerbslosen im besetzten

---

[1]) Thomas Carlyle: „Arbeiten und nicht verzweifeln", Auszüge aus seinen Werken, übersetzt von Kühn und Kretzschmar, S. 43, Düsseldorf bei K. R. Langewiesche.

[2]) Siehe: „Not. Bilder deutschen Lebens", herausgegeben vom deutschen Roten Kreuz, Berlin 1924.

Gebiet wurden auf 2 Millionen geschätzt. Rechnet man zu diesen Erwerbslosen die Angehörigen hinzu, so wurden etwa 15 Millionen Personen durch die Arbeitslosigkeit betroffen. Daß sich auch in ausländischen Staaten nach dem Kriege zeitweise eine umfangreiche Erwerbslosigkeit zeigte, kann für uns kein Trost sein. Auch die in Deutschland nach dem Kriege eingeführte staatliche Erwerbslosenfürsorge kann, obwohl sie gewaltige Summen kostet, niemals einen hinreichenden Ersatz für den vollen Lohn bieten. So sind infolge der weitverbreiteten und langdauernden Arbeitslosigkeit in den vielfach schon zuvor unterernährten deutschen Volkskreisen weitere schwere Gesundheitsschädigungen zu erwarten. Erfreulicherweise hat sich aber im Januar 1924 die Zahl der Arbeitslosen und Kurzarbeiter bereits wieder bedeutend verringert.

So trübe viele Bilder, die wir hier vorführten, aussehen, wir dürfen die Hoffnung auf bessere Zeiten nicht aufgeben. „Wir heißen euch hoffen", ruft uns Göthe zu; und so wollen wir arbeiten und nicht verzweifeln.

Literatur: *1.* **Gerh. Albrecht:** *„Haushaltungsstatistik", Berlin 1912. — 2.* **M. Bernays:** *a) „Auslese und Anpassung der Arbeiterschaft der geschlossenen Großindustrie", Schriften d. Ver. f. Sozialpol. Bd. 133, Leipzig 1910; b) „Zusammenhang von Frauenarbeit und Geburtenhäufigkeit in Deutschland", Berlin 1916. — 3.* **A. Bluhm:** *„Hygienische Fürsorge für Arbeiterinnen und deren Kinder", Weyls Handb. d. Hyg. 2. Aufl. Bd. VII Allg. Teil, 1. Abt., Leipzig 1914. — 4.* **M. Epstein:** *„Die Erwerbstätigkeit der Frau in der Industrie und ihre sozialhygienische Bedeutung", Frankfurt a. M. 1901. — 5.* **Feig:** *„Statistik des Arbeitslohnes und der Lebenshaltung", Art. in „Die Statist. in Deutschl.", herausgegeben von Fr. Zahn, München 1911. — 6.* **A. Fischer:** *a) „Vermißte Folgen der deutschen Sozialversicherung. Ein Beitrag zu der Frage: Schreitet die physische Verelendung der deutschen Arbeiterbevölkerung fort?", Jahrb. f. Nationalökonom. und Stat. Bd. 46 Heft 5 (1913); b) „Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen", Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. 1914 Bd. III Heft 10. — 7.* **A. Groth:** *a) „Über den Einfluß der beruflichen Gliederung des bayerischen Volkes auf die Entwicklung der Sterblichkeit und Fruchtbarkeit der letzten Jahrzehnte", Arch. f. Hygiene 1912 Bd. 77; b) „Arbeiterversicherung und Volksgesundheit", Allg. Stat. Arch. 1914 Bd. 8 Heft 1. — 8.* **A. Günther:** *„Das Problem der Lebenshaltung", Vorträge d. Gehe-Stiftung, Leipzig 1914 Bd. 5 Heft 3. — 9. „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend", Berlin 1910. — 10.* **H. Lundborg:** *a) „Rassenbiologische Übersichten und Perspektiven", Jena 1921; b) „Der Einfluß der Industrie a. d. Rasse und Volksgesundheit", Arch. f. soz. Hyg. und Demogr. 1921 Bd. 14 Heft 4. — 11.* **K. Oldenberg:** *„Die Konsumtion", Abhandl. in „Grundriß d. Sozialökonomik" Abt. II Teil I, Tübingen 1923. — 12.* **G. Pietsch:** *„Vermißte Folgen der deutschen Sozialversicherung", Zeitschr. f. d. gesamte Versicherungswissensch. 1914 Bd. 14 Heft 3. — 13.* **W. Schiff:** *a) „Zur Methode und Technik der Haushaltungsstatistik", Annalen f. soz. Politik u. Gesetzgeb. 1913 Bd. III Heft 1 und 2; b) „Die österreichische Erhebung über Wirtschaftsrechnungen und Lebensverhältnisse von Wiener Arbeiterfamilien, Methode und Ergebnisse", Allg. Stat. Arch. 1916/17 Bd. 10. — 14.* **Fr. Syrup:** *„Der Altersaufbau der industriellen Arbeiterschaft", Arch. f. exakte Wirtschaftsforschung (Thünen-Arch.) 1915 Bd. VI; dazu „Bemerkungen über Bedeutung und Methoden solcher Untersuchungen" von R. Ehrenberg, ebenda 1915 Bd. VI. — 15.* **C. v. Tyszka:** *„Löhne und Lebenskosten in Westeuropa im 9. Jahrh.", Schriften d. Vereins f. Sozialpolitik Bd. 145, München 1914. — 16.* **W. Weichardt** *und* **Th. Steinbacher:** *„Familiengeschichtliche Erhebungen in Kreisen gelernter Industriearbeiter Mittelfrankens", Münch. med. Wochenschr. 1922 Nr. 22. — 17.* **A. Weber:** *„Das Berufsschicksal der Industriearbeiter", Arch. f. Sozialw. u. Sozialpol. 1912 Bd. 34 Heft 2. — 18.* **K. Winkelmann:** *„Gesundheitliche Schädigungen der Frau bei der industriellen Arbeit", Jena 1914. — 19.* **Fr. Zahn:** *„Die Frau im Erwerbsleben der Hauptkulturstaaten. Ein Beitrag zur Statistik des Frauenerwerbes", Allg. Stat. Arch. 1914 Bd. 7 Halbbd. 2.*

3. Nahrungswesen.

Eine wie überragende Bedeutung Ed. Reich unter allen Teilen der Hygiene dem Nahrungswesen zugesprochen hat, bekundete er mit folgenden Worten: „Die Dauer des Lebens ist ein Maßstab für die Beurteilung der Ernährung einer Bevölkerung, und

die Ernährung der Bevölkerung erlaubt mit Sicherheit auf die Lebensdauer zu schließen.“ Obwohl ich es für zwecklos halte, zu untersuchen, welcher Teil des Gesundheitswesens der wichtigste ist — es mag jedem Heißsporn eines Sonderfaches, z. B. des Wohnungswesens, der Rassehygiene oder der Bekämpfung des Alkoholismus usw., überlassen bleiben, gerade sein Arbeitsgebiet in den Vordergrund drängen zu wollen —, so muß doch betont werden, daß kein Zweig der Hygiene, zumal für das deutsche Volk der Gegenwart, bedeutungsvoller ist als das Nahrungswesen. Denn die Ernährungsverhältnisse üben einen maßgebenden Einfluß auf die Gesundheitszustände aus; sie wirken nicht nur auf die Krankheits- und Sterblichkeitszahlen, sondern auch auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit, auf das Wachstum und Schicksal der Kinder, auf die Lebensfreude und die soziale Gesinnung ein.

Man hätte daher erwarten können, daß die wichtigsten hygienischen Fragen auf dem Gebiete des Nahrungswesens längst ergründet sind. Doch davon sind wir noch weit entfernt. Zwar wurden schon seit dem Altertum zahlreiche gesetzliche Bestimmungen über die Volksernährung getroffen, und dies unzweifelhaft oft mit gutem Erfolg; aber man hatte sich hierbei stets lediglich auf die Erfahrung stützen können. Die Wissenschaft versagte bis um die Mitte des 19. Jahrhunderts fast ganz. Noch im Jahre 1851 schrieb Oesterlen, daß nach dem damaligen Stande der Wissenschaft es jedem anheimgegeben werden muß, sich nach seinem eigenen Gefühl die Kost hinsichtlich der Menge und Art der Speisen zusammenzusetzen. Pettenkofer selbst äußerte sich 1873 über die wissenschaftlichen Grundsätze für die Ernährung folgendermaßen: „Man muß offen gestehen, wenn wir überhaupt nur von dem leben könnten, was wir wissenschaftlich genau wissen, daß wir längst alle, wie wir da sind, zugrunde gegangen wären. Wissenschaft ist keine Vorbedingung der Existenz und des Lebens, sondern umgekehrt: die Wissenschaft selbst ist nur eine sehr allmählich und spät reifende Frucht des Kulturlebens; aber man darf nicht vergessen, daß das Leben von dieser seiner Frucht doch selbst wieder stets neu befruchtet wird.“ Dies Geständnis wird man zwar auch heute noch ablegen müssen. Trotzdem trifft aber die von Bachmann 1915 auf einem Kongreß[1]) zu Berlin geäußerte Ansicht, daß „aus den Theorien der heutzutage herrschenden Schule keine brauchbaren Regeln für die Volksernährung gezogen werden können“, nicht ganz zu. Man darf den Wert der Forschungsergebnisse weder über- noch unterschätzen. Dies gilt nicht nur gegenüber der Ernährungsphysiologie, sondern auch gegenüber der Sozialstatistik, die sich seit vielen Jahrzehnten, aber ebenfalls bisher nur mit engbegrenztem Erfolg, bemüht, zuverlässige Angaben, welche über die Ernährung des Volkes bezw. einzelner Volksschichten unterrichten, zu gewinnen. Bei diesem Stande der Wissenschaften, auf die sich die soziale Hygiene stützt, muß der Sozialhygieniker die Fragen der Volksernährung mit besonderer Vorsicht prüfen.

Die soziale Hygiene hat sich auf dem Gebiet des Nahrungswesens mit folgender Gesamtfrage zu befassen: Wird die Gesundheit des Volkes bezw. einzelner Volksschichten durch im Nahrungswesen vorhandene Mißstände, die auf wirtschaftliche oder sonstige kulturelle Einflüsse zurückzuführen sind, beeinträchtigt?

---

[1]) Verhandlungen der 8. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt, Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt Heft 12 der Neuen Folge, Berlin 1916.

Schon im Hinblick auf die obigen Bemerkungen über die Forschungsergebnisse der Physiologie und Sozialstatistik wird man sogleich erkennen, wie schwierig es ist, diese sozialhygienische Frage zu erörtern; trotzdem muß es versucht werden. Unsere Aufgabe ist es daher, die wichtigsten Tatsachen, die uns hierüber unterrichten können, anzuführen und zu beleuchten. Zu diesem Zwecke sind folgende Vor- und Einzelfragen zu untersuchen:

a) Gibt es zuverlässige Maßstäbe, um zu beurteilen, ob eine Ernährung gesundheitswidrig ist, und welche Anforderungen sind an eine einwandfreie Ernährung zu stellen? (Frage der Physiologie.)

b) Zu welchen Gesundheitsschädigungen führen die Fehler bei der Ernährung? (Frage der Pathologie.)

c) Ist es erwiesen, daß die Ernährung der Bevölkerung bezw. einzelner Volksschichten gesundheitswidrig war oder ist? (Frage der Sozialstatistik.)

d) Ist die etwa vorhandene gesundheitswidrige Ernährung auf wirtschaftliche oder sonstige kulturelle Einflüsse zurückzuführen? (Frage der Soziologie.)

Schließlich ist dann noch folgende Frage anzureihen:

e) Welche Maßnahmen wirtschaftlicher oder sonstiger kultureller Art sind zu ergreifen, um etwaige Mißstände im Nahrungswesen zu verhüten bezw. zu beseitigen? (Frage der Gesundheitspolitik.)

a) Anforderungen an eine einwandfreie Ernährung.

Die Ernährung hat zwei Hauptaufgaben zu erfüllen: 1. Der bei den Lebensvorgängen entstehende Stoffverbrauch muß ersetzt. 2. Es muß Kraft (Wärme) erzeugt werden. Da die Lebensvorgänge je nach Alter, Geschlecht, Beruf, Körperbeschaffenheit, Klima, Jahreszeit usw. bei den Menschen sehr verschiedenartig sind, so ist auch ihr Stoffverbrauch bezw. Kraftbedarf nicht gleich gestaltet. Es lassen sich aber trotzdem gewisse Grenzen für eine gehörige Ernährung im allgemeinen erkennen.

Bevor wir die noch vielumstrittenen Fragen nach Art und Menge der Nahrungsstoffe, die für die Gesunderhaltung des Körpers erforderlich sind, erörtern, sei erwähnt, daß auch bestimmte Anforderungen hinsichtlich der Zubereitung der Speisen und der Verteilung der Mahlzeiten zu stellen sind. Allgemein ist man sich, abgesehen von Ernährungssonderlingen, darüber einig, daß die grundsätzliche Rohkost abzulehnen ist. Die meisten Nahrungsmittel müssen vor dem Verbrauch durch Kochen, Backen, Braten usw. zubereitet werden. Diese Arbeiten sind sehr schätzenswert, und nicht mit Unrecht hat Faßbender gesagt: „Ein guter Koch — ein guter Arzt." — Auch hinsichtlich der Verteilung der Mahlzeiten liegen im wesentlichen übereinstimmende Ansichten vor. Im allgemeinen werden täglich mindestens drei, für Schwerarbeiter sogar fünf Mahlzeiten für notwendig erachtet. In neuester Zeit wird auch in Deutschland, namentlich bei ungeteilter Arbeits- bezw. Unterrichtszeit, auf ein besonders gehaltvolles erstes Frühstück[1]) großer Wert gelegt.

[1]) A. Fischer hatte in einem in der „Hilfe" (1912 Nr. 13) erschienenen Aufsatz dargelegt, daß, nach einer Erhebung der preuß. Gewerbeaufsichtsbeamten vom Jahre 1909, viele Arbeiter, ohne ein Frühstück eingenommen zu haben, zur Arbeit gehen. Hierzu bemerkte Fr. Jankowski („Vegetarische Warte" 1912 Nr. 14), daß das Morgenfasten nicht nur nicht mißlich, sondern zweckdienlich sei, da schon viele dadurch arbeitskräftiger und -freudiger geworden sind. Dieser Einwand berührt jedoch den Sinn der vorliegenden Frage nicht. Für Überernährte kann das Morgenfasten unter Umständen nützlich sein, aber nicht für den Durchschnittsarbeiter.

Sehr schwierig ist es zurzeit noch immer, genau zu bestimmen, welche Nahrungsstoffe unbedingt erforderlich sind, und in welchen Mengen sie verbraucht werden müssen, damit die Gesundheit keinen Schaden erleidet. Bei allgemeinem Wohlstand sind diese Fragen in der Regel gegenstandslos; denn der gesunde Mensch, der seine Kost nach eigenem Geschmack zusammensetzen darf, wählt gewöhnlich das für ihn Richtige. Aber es soll sogleich betont werden, daß gerade der Reichtum hier oft auf Abwege führt, so daß es nicht überflüssig wäre, auch eine obere Grenze für den Verbrauch von Nahrungsmitteln festzustellen. Weit wichtiger ist es jedoch, die untere Grenze zu kennen, wenn sich die Menschen aus irgendwelchen Gründen — es mag sich um wirtschaftliche Not, um feindliche Belagerung, um Beköstigung in gewissen Anstalten usw. handeln — nicht mehr nach Belieben die Nahrungsmittel aussuchen dürfen, sondern wenn es gilt, mit begrenzten Vorräten eine möglichst lange Zeit auszukommen.

Um diese untere Grenze feststellen zu können, muß man über gewisse chemische und physikalische Vorgänge im allgemeinen und besonders bei der Verdauung sowie über die chemischen und physikalischen Eigenschaften der Stoffe, aus denen die Nahrungsmittel bestehen, unterrichtet sein. Physiologie und Hygiene sind eben von dem Stande der Naturwissenschaften abhängig. J. P. Frank war daher, als er im Jahre 1782 in seiner „Medizinischen Polizey" sich sehr ausführlich über „Gesunde Nahrungspflege" äußerte, noch nicht in der Lage, wissenschaftlich begründete Ratschläge über die Kostzusammensetzung zu bieten. Erst nachdem Lavoisier, Magendie, Dumas, Liebig und Moleschott ihre grundlegenden Arbeiten über die Verdauungsvorgänge, die chemischen Bestandteile der Lebensmittel und schließlich den Stoffwechsel veröffentlicht hatten, gelangte C. Voit, der gemeinsam mit Pettenkofer arbeitete, zu den Gesetzmäßigkeiten, nach denen sich die wissenschaftliche Welt jahrzehntelang gerichtet hat.

Voit hat in München bei rüstigen Arbeitern den Stoffwechsel geprüft und faßte im Jahre 1877 seine Ergebnisse betreffs der Tageskost folgendermaßen zusammen: „Wir verlangen demnach für einen mittleren Arbeiter 118 g Eiweiß, 56 g Fett und 500 g Kohlehydrate." Hieraus ist irrtümlicherweise geschlossen worden, daß Voit diese 118 g Eiweiß als Mindestmenge zum Zwecke der Gesunderhaltung gefordert hat. Aus den Darlegungen von Voit wurde sodann auch die Lehre, daß ein erheblicher Teil der erforderlichen Eiweißmenge in Gestalt von animalischen Lebensmitteln, und besonders von Fleisch, zugeführt werden muß, herausgelesen. Voit hatte diese Ansichten aber offenbar nicht, was schon daraus hervorgeht, daß er selbst auf die Trappisten[1]), bei deren Tafel nach seiner Angabe Fleisch, Fische, Eier, Schmalz, Butter und Öl ausgeschlossen sind, und die nur 68 g Eiweiß, 11 g Fett und 469 g Kohlehydrate täglich verbrauchen, hingewiesen hat.

Die Eiweißangabe von Voit wurde schon in den achtziger Jahren von Felix Hirschfeld für zu hoch erachtet. Auch Rubner, der aus der Schule von Voit hervorgegangen ist, fand zwar, daß man mit weniger als 118 g Eiweiß auskommen kann, wies jedoch darauf hin, daß man von dem lebe, was verdaut, nicht von dem, was gegessen wird, und daß nicht alle Nährwerte, die in den Darm gelangen, assimiliert werden. Rubner hält daher schließlich im wesentlichen an den Zahlen von Voit fest und betrachtet den Überschuß als einen „Sicherheitsfaktor, der notwendig ist, gerade wie man eine Brücke viel stärker

[1]) Vgl. Heimbucher: „Geschichte der Orden und Kongregationen" 2. Aufl. Bd. 1, Paderborn 1907.

baut, als jemals die maximalst zugelassene Belastung ausmacht". Der Amerikaner R. H. Chittenden und der Däne H. Hindhede griffen jedoch die Lehre von Voit und Rubner aufs schärfste an, so daß — namentlich im Hinblick auf die Erfahrungen während des Krieges — die Frage, welche Anforderungen an eine einwandfreie Ernährung zu stellen sind, immer noch auf das eifrigste erforscht und auf das lebhafteste erörtert wird, zumal in den letzten Jahren die die Ergänzungsstoffe betreffenden Beobachtungen neue Probleme erzeugt haben. Die wichtigsten Ergebnisse von allen diesen Arbeiten seien im folgenden angeführt.

Den Wert eines Nahrungsmittels berechnet man nach den Brennwerteinheiten (Kalorien), welche es liefert. Es besteht bei den verschiedenen Forschern darüber Einigkeit, daß einem mittelschwer arbeitenden Mann täglich etwa 3000 Kalorien — diese Menge hatte auch Voit verlangt — dargeboten werden müssen. Man weiß ferner, daß der Verbrennungswert von 1 g Eiweiß 4,1, von 1 g Fett 9,3 und von 1 g Kohlehydrate 4,1 Kalorien beträgt. Sodann steht fest, daß diese Nahrungsstoffe sich im Verhältnis ihrer Verbrennungswerte gegenseitig vertreten können, jedoch in vollem Umfange nur soweit es sich um die Energieerzeugung, nicht aber soweit es sich um die Regeneration, den Ersatz verbrauchter Körpersubstanz, handelt.

Für die Ernährung unbedingt notwendig sind außer Luft und Wasser, deren Erörterung hier unterbleiben kann, die bereits genannten Stoffe Eiweiß, Fett, Kohlehydrate sowie Salze und gewisse Ergänzungsstoffe. Jeder dieser Stoffe muß, wie schon Liebig dargelegt hat, in der erforderlichen Menge dem Körper zugeführt werden; denn wenn zu wenig von einem dieser Stoffe in der Nahrung enthalten ist, so würden noch so große Mengen der anderen Stoffe eine Gesundheitsschädigung nicht verhüten. Voit hat gezeigt, daß „Tiere so ziemlich in der ganz gleichen Zeit zugrunde gehen, mag man alles Eiweiß, oder gewisse Salze aus ihrer Nahrung vollständig ausschließen".

Daß Eiweiß, das allein im Gegensatz zu Fett und Kohlehydraten neben Sauerstoff und Kohlenstoff auch Stickstoff enthält, unter allen Umständen in der Nahrung vorhanden sein muß, wurde nie bezweifelt. Nun ist es aber gelungen, das Eiweiß in verschiedene Bausteine, Aminosäuren, zu zerlegen, so daß neuerdings auch ein Minimum jeder dieser Säuren in der Nahrung verlangt wird; allerdings können sich in gewissem Umfange einige dieser Säuren vertreten.

Ob auch Fett ein lebensnotwendiger Nahrungsstoff ist, darüber gehen die Ansichten noch auseinander. Dagegen wird eine Beigabe von Kohlehydraten neben Eiweiß und Fett in der Nahrung, besonders auch der Säuglinge, für notwendig erachtet.

Es erhebt sich nun die Frage nach dem Eiweißminimum. Während des Krieges hat W. Kruse bei einer großen Anzahl von Familien, trotzdem ihre Nahrung nur 60% der von Voit und Rubner geforderten Eiweißmenge (und überdies nur 50% der Fettmenge) aufwies, Erhaltung des Körperbestandes und Gesundheit festgestellt. Mit noch geringeren Eiweißmengen, bis zu 30 g täglich, ist Hindhede bei seinen Versuchen ausgekommen; acht Wochen lang hat er selbst eine Kost zu sich genommen, in der durchschnittlich an jedem Tag nur 57 g Eiweiß vorhanden waren.

Da eine solche eiweißarme Kost sehr billig ist — Hindhede verbrauchte in diesen acht Wochen täglich im Durchschnitt 26,1 Öre, d. h. etwa 30 Pfennig —, so wäre es von größter Tragweite für die Volksernährung, wenn man tatsächlich bei einer so geringen Eiweißmenge, die dann fast ausschließlich aus Pflanzen stammen könnte, zu bestehen

vermag. Hindhede weist darum auch auf die bedeutungsvollen Folgen seiner Forschungsergebnisse gerade für Deutschland hin; er meint, Deutschland sollte die Tierzucht, soweit sie der Fleischnahrung dient, aufs äußerste einschränken und mehr für die Erzeugung pflanzlicher Nahrungsmittel sorgen, dann könnten im Deutschen Reich doppelt soviel Menschen, wie jetzt vorhanden sind, hinreichend mit den Erträgnissen der deutschen Landwirtschaft ernährt werden.

Die Frage der Eiweißmenge wird gewöhnlich mit der Fleischfrage verbunden. Es ist unzweifelhaft, daß man ohne Fleisch leben und gesund bleiben kann. Erinnert sei hier an die biblische Erzählung (Das Buch Daniel I, 8—20), wonach Daniel und drei andere Knaben, die am Hofe von Nebukadnezar erzogen wurden, den Genuß der königlichen Speisen und des Weins ablehnten und nur Pflanzenkost nebst Wasser zu sich nahmen mit dem Erfolg, daß diese vier Knaben nach zehn Tagen besser und wohlbeleibter als alle anderen aussahen; dieser Stoffwechselversuch, der wohl der älteste sein dürfte, wurde fortgesetzt, und „diesen vier Knaben verlieh Gott Wissen und Verständnis". Schon J. P. Frank hat betont, daß „die Pflanzennahrung eigentlich die große Volkskost ausmacht". Und Rubner weist darauf hin, daß die bäuerliche Bevölkerung vielfach fleischlos lebt. Sicherlich ist das Schlagwort „Fleisch macht Fleisch" ganz falsch. Man kann bei fleischloser, aber sonst hinreichender Ernährung eine vortreffliche Muskulatur erhalten, wenn die Muskeln entsprechend in Tätigkeit gesetzt wurden. Zutreffend hat Rubner bemerkt, daß auch der reichste Mann sich eine kräftig entwickelte Muskulatur nicht kaufen kann, sondern sie sich selbst erarbeiten muß. Schon Hippokrates[1]) hat geschrieben, daß Fleisch für die einen eine Nahrung ist, für die anderen aber nicht. In der Tat werden manche Völker oder Volksteile zu gewissen Zeiten und in gewissen Gegenden das Fleisch nicht entbehren können; man denke z. B. an die Grönländer, für die fast nur animalische Nahrungsmittel erreichbar sind. Dagegen ist die Kost großer Volkskreise in Japan und Indien fleischlos. In Deutschland wird nun aber von den weiten Volksmassen ein starkes Bedürfnis nach dem leicht verdaulichen Fleisch empfunden; dies gilt ganz besonders von den Stadtbewohnern, deren Berufsarbeit in geschlossenen Räumen stattfindet und nur wenig körperlich anstrengend ist, wodurch das Verlangen nach konzentrierten Nahrungsmitteln entsteht. Dazu kommt, daß man das Fleisch auf die mannigfaltigste Art (Kochen, Braten, Rösten, usw.) zubereiten und die Speisen dadurch abwechslungsreicher als bei Pflanzenkost gestalten kann; eine gewisse Abwechslung ist aber für das Gemütsleben der meisten Menschen ein Bedürfnis.

Unterscheiden muß man zwischen der Pflanzenkost im strengen Sinn und der sogenannten laktovegetabilischen Kost, bei der die von lebenden Tieren stammenden Nahrungsmittel (Milch, Butter, Eier) verwendet werden. Die lediglich aus Pflanzen bestehende Nahrung empfehlen auch die Vegetarier, von einigen Sonderlingen abgesehen, nicht. Daß die laktovegetabilische Kost völlig zureichend sein kann, wird von keiner Seite bestritten, und niemand redet jetzt noch einer zu reichlichen Fleischnahrung das Wort. Daß Martin Luther[2]) in seinen Tischreden für eine obrigkeitliche Verordnung, wonach man an zwei Tagen in jeder Woche kein Fleisch essen soll, eingetreten ist, wird jetzt gewiß allseitig gebilligt werden.

[1]) Siehe Literatur S. 28 Ziffer 7 Bd. 1.
[2]) Nach Angabe von Walter, siehe Literatur S. 123 Ziffer 30a.

Bemerkt sei noch, daß der Amerikaner H. Fletcher[1]), der auch in Deutschland Anhänger gefunden hat, eine sehr ausgiebige Kautätigkeit vorschlägt, damit die pflanzlichen Nahrungsmittel besser verdaut werden. Auf die gesundheitliche Bedeutung des Kauens und im Zusammenhang hiermit auf die Zahnpflege wurde ja schon längst von allen Ärzten hingewiesen. Aber ausgehend von dem alten Satz: „Gut gekaut ist halb verdaut", behauptet nun Fletcher, daß man bei Befolgung seiner Lehre, wonach jeder Bissen Minuten lang im Munde eingespeichelt werden soll, mindestens ein Drittel an Nahrungsstoffen sparen könne. Um diese Ansicht zu widerlegen, führt Rubner an, daß „im Durchschnitt von unserer Nahrung überhaupt nur 7—8% verlorengehen, und von dieser Masse sind meist wieder nur ein Drittel, d. h. 2—3% des Genossenen, unverdaut gebliebene Anteile, die selbst ein Wiederkäuer nicht viel weiter verarbeiten könnte".

In den letzten Jahren hat man immer deutlicher erkannt, daß außer den schon stets geforderten Nahrungsstoffen gewisse, noch nicht genauer erforschte Ergänzungsstoffe, die von C. Funk[2]) Vitamine, von Berg[3]) aber neuerdings Komplettine genannt wurden, in der Kost vorhanden sein müssen, um manche Krankheitserscheinungen zu vermeiden. Diese Ergänzungsstoffe befinden sich vor allem in Gemüsen, Obst, Milch und Reis. Die Forscher auf dem Gebiet der Ergänzungsstoffe bezeichnen als nützliche Regel folgende Berechnung der Nahrungsausgaben: „Gib mindestens ebensoviel für Gemüse und Frucht und ebensoviel für Milch als für Fleisch, Fisch, Zerealien und Süßigkeiten aus." Die neue Lehre von den Ergänzungsstoffen ist gewiß hoch zu bewerten, aber ihre praktische Bedeutung darf nicht überschätzt werden. Denn Löwy betont, daß der Mangel an Ergänzungsstoffen sich, wenn die Nahrungsmenge sonst ausreichend ist, nur bei ganz einseitiger Kost — wie man sie z. B. bei den im wesentlichen polierten Reis verzehrenden Volksschichten Japans, vielleicht auch bei den vorwiegend von Mais lebenden oberitalienischen Bauern findet — zeigt, jedoch bei den deutschen Speisegewohnheiten, d. h. bei reichlicher Aufnahme von Obst und Gemüse, nicht in Betracht kommt.

Schließlich sei noch kurz auf die Bedeutung gewisser Genußmittel hingewiesen. Es kann nicht in Abrede gestellt werden, daß manche Genußmittel, wie Wein, Kaffee, Tee und einige Gewürze, zeitweise einen beträchtlichen Einfluß auf die Arbeitsfreude, die Leistungsfähigkeit und das ganze Wohlbefinden vieler Menschen ausüben. In gewissem Umfange, wenngleich nicht in dem Sinne wie die obengenannten Nahrungsmittel, wird man daher auch die Genußmittel als unentbehrlich oder zum mindesten als wünschenswert für die Ernährung bezeichnen können. Keinesfalls aber dürfen die Genußmittel in einem so großen Maße verbraucht werden, daß infolge der hiermit verbundenen Kosten die Ausgaben für die unentbehrlichen Nahrungsmittel verringert werden müssen, oder daß durch etwaige Giftwirkungen die Gesundheit eine Einbuße erleidet. Zutreffend hat sich Pettenkofer hierüber folgendermaßen geäußert:

„Die Genußmittel sind wahre Menschenfreunde, sie helfen unserem Organismus über manche Schwierigkeiten hinweg, ich möchte sie mit der Anwendung der wichtigen Schmiere bei Bewegungsmaschinen vergleichen, welche zwar nicht die Dampfkraft ersetzen oder entbehrlich machen kann, aber dieser zu einer viel leichteren und regelmäßigen Wirksamkeit verhilft und außerdem der Ab-

---

[1]) H. Fletcher: „Die Eßsucht und ihre Bekämpfung", Übersetzung von A. v. Borosini, 4. Aufl., Dresden 1911.

[2]) C. Funk: „Die Vitamine", Wiesbaden 1914.

[3]) R. Berg: „Die Vitamine", Leipzig 1922.

nutzung der Maschine ganz wesentlich vorbeugt. Um letzteres tun zu können, ist bei der Wahl der Schmiermittel eine Bedingung unerläßlich, sie dürfen die Maschinenteile nicht angreifen, sie müssen, wie man sagt, unschädlich sein."

b) Gesundheitsschädigungen infolge fehlerhafter Ernährung.

Die Fehler bei der Ernährung können zu mannigfachen Gesundheitsschädigungen führen. Selbst wenn die Kost nach ihrer chemischen Zusammensetzung und nach der Menge der Nährwerteinheiten genügt, kann sie unter gewissen Umständen Leben und Gesundheit der Verbraucher bedrohen. Dies gilt vor allem für die Ernährung der Säuglinge, wenn sie statt Muttermilch Ersatzstoffe erhalten; hierauf kommen wir jedoch erst in dem Teil „Säuglinge" näher zu sprechen.

Auch die Erwachsenen können durch die Speisen und Getränke gesundheitlich geschädigt werden, wenn sich in diesen Gifte, wie sie sich bei der Konservierung von Nahrungsmitteln, bei Benutzung von bleihaltigen Wasserrohren oder Trinkgefäßen usw. einschleichen können, oder lebende Krankheitserreger befinden. Durch die Lebensmittelgesetzgebung[1]) (siehe S. 38), Fleischbeschau, Wasserleitung und zahlreiche andere Maßnahmen der Gesundheitspolizei und -technik ist für die Verhütung der hier in Betracht kommenden Gefahren im allgemeinen genügend gesorgt, so daß jetzt die früher oft beobachteten Massenerkrankungen (in Gasthäusern, Kasernen, Krankenhäusern sowie sonstigen Wohlfahrtsanstalten, Gefängnissen usw.) oder ausgedehnte Epidemien von Cholera, Typhus, Ruhr (siehe den Abschnitt „Infektionskrankheiten") nur noch selten wahrzunehmen sind. Auf diesen Gebieten, wo Leben und Gesundheit des ganzen Volkes, also auch der Wohlhabenden, bedroht waren, wurden in den letzten Jahrzehnten große hygienische Fortschritte erzielt, da Staaten und Gemeinden mit Recht keine Geldausgaben für die notwendigen Einrichtungen gescheut haben. Es wäre nur zu wünschen gewesen, daß man auch gegenüber den Gefahren, in denen sich lediglich die unbemittelten Volksschichten befinden, eine ebenso großzügige Gesundheitspolitik durchgeführt hätte.

Auch eine Kost, die aus an sich einwandfreien Nahrungsmitteln besteht, kann gesundheitswidrig sein. Hierbei sind zwei Möglichkeiten zu unterscheiden: 1. Es wird zu viel, und 2. es wird zu wenig genossen. Mithin gibt es zwei fehlerhafte Arten: die Überernährung und die Unterernährung; jede kann allseitig oder einseitig sein.

Die allseitige Überernährung hat zumeist allgemeine Fettsucht und im Zusammenhang hiermit insbesondere Störungen der Atmung, des Blutkreislaufs, der Verdauung u. a. m. zur Folge. Die einseitige Überernährung beruht gewöhnlich auf einem zu reichlichen Genuß von Eiweiß und vor allem von Fleisch. Vielfach wird der zu große Verbrauch von Eiweiß oder Fleisch in Beziehung zu Zuckerkrankheit, Gicht, Rheumatismus und Blinddarmentzündung gebracht. Man wird solche Behauptungen nicht ganz in Abrede stellen können, aber einwandfrei bewiesen sind sie nicht, da diejenigen, die zu viel Fleisch genießen, gewöhnlich auch Freunde von viel alkoholhaltigen Getränken, Kaffee und Tabak sind und auch sonst oft gesundheitswidrig leben, so daß sich nicht leicht feststellen läßt, welcher dieser Einflüsse hauptsächlich oder allein für die jeweilige Krankheit verantwortlich zu machen ist. Überernährung trifft man weniger in den Familien, die schon lange reich und zugleich gebildet sind, als in den Reihen der Emporkömmlinge, die sich im begüterten Mittelstand und auch in der Oberschicht der Arbeiter befinden. Die gebildeten Reichen haben gewöhnlich die als unvornehm erachtete

[1]) Siehe A. Fischer: „Nahrungsmittelpolizei", Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl. Bd. 6, Jena 1923.

Fettleibigkeit durch Sport zu vermeiden gewußt, während viele von den weniger gebildeten Neureichen meinen, zum rechten Genuß ihres Besitzes zu gelangen, wenn sie zunächst einmal möglichst viel Fleisch und Fett verzehren und sich aller körperlichen Anstrengungen enthalten.

Ganz besonders bedeutungsvoll für die Volksgesundheit ist die Unterernährung. Es fehlen zwar zuverlässige Maßstäbe, um in jedem Falle mit Sicherheit zu entscheiden, ob der jeweilige Ernährungszustand genügt. Man sieht jedoch oft ohne weiteres deutlich, daß das Fettpolster zu gering ist, was sich namentlich bei fehlendem Wangenfett im Gesichtsausdruck kundgibt. Auf Grund ärztlicher Erfahrungen wurden Tafeln angefertigt, aus denen abzulesen ist, wieviel ein Mensch von bestimmter Körperlänge bei genügendem Ernährungszustand wiegen muß. Aber das Gewicht allein ist kein sicheres Mittel, um die Art des Ernährungszustandes zu beurteilen; denn es kann jemand viel wiegen, weil er fettreich ist, ohne richtig ernährt zu sein, wenn es ihm nämlich an starken Muskeln und gehaltvollem Blut fehlt. Solche Fälle findet man nicht selten bei Arbeiterfrauen. Oft ist es auch schwer zu entscheiden, ob gerade die Unterernährung zu der jeweiligen Krankheit geführt hat, da sie gewöhnlich mit anderen gesundheitsschädlichen Mißständen verbunden ist. Sodann sei noch erwähnt, daß häufig auch umgekehrt die Unterernährung die Folge einer Krankheit ist.

Die allseitige Unterernährung erzeugt nicht sogleich Krankheit und Tod. Wenn Fett und Muskelgewebe einschmelzen, werden zunächst die Organe blaß, und die Zahl der roten Blutkörperchen nimmt ab. Bei Kindern werden das körperliche Wachstum und die geistige Entwicklung behindert, was vielfach nie mehr ganz ausgeglichen werden kann. Bei Erwachsenen sinken die körperlichen und geistigen Spannkräfte, der Körper ermüdet schneller als zuvor, die Leistungsfähigkeit wird geringer, es tritt Kränklichkeit, die sich nicht statistisch erfassen läßt, ein. Auch das Gemütsleben wird in Mitleidenschaft gezogen; die Erregung steigert sich, aus Optimisten werden Pessimisten, der Klassenhaß wird hervorgerufen. Ferner entsteht dann die Anlage zu manchen Krankheiten, insbesondere zur Tuberkulose, und der Körper wird weniger widerstandsfähig gegen eindringende Erreger akuter Infektionen. Bei länger dauernder Unterernährung zeigen sich ausgesprochene Krankheiten, bei Erwachsenen Ödeme, Osteomalacie und Schwächezustände, die zum Tode führen, bei Kindern und Jugendlichen Rachitis, Spätrachitis und Skrofulose.

Neben den genannten Gesundheitsschäden, die bei allseitiger Unterernährung beobachtet werden, hat man noch gewisse andere Krankheitsbilder bei einseitiger Unterernährung festgestellt. Hier kommt vor allem der Mangel an Ergänzungsstoffen in Betracht. Bei Abwesenheit eines Ergänzungsstoffes, der sich in Reiskleie befindet, entsteht Beri-Beri, beim Fehlen eines Ergänzungsstoffes, der in frischen Früchten, in Zitronen- und Orangensaft enthalten ist, treten Skorbut und Barlowsche Krankheit auf; Knochenwachstumsstörungen zeigen sich, wenn es an den Ergänzungsstoffen, die in Butter, Eigelb, Spinat und Lebertran sich finden, mangelt.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, daß, wie Rubner darlegt, am schlimmsten und quälendsten eine unregelmäßige Ernährung, die heute noch genügt, aber vielleicht schon morgen ganz unzulänglich ist, wirkt. Hierbei ist auch daran zu denken, daß, nach Versuchen, die Rubner an Hunden ausgeführt hat, ein Stickstoffverlust, den ungenügende Nahrung in wenigen Tagen herbeiführte, bei einer das Eiweißminimum des

Tieres wenig überschreitenden Zufuhr erst in vielen Wochen wieder ausgeglichen wird. Unregelmäßig ist die Ernährung oft bei den zahlreichen Gelegenheits- und auch zeitweise bei manchen Saisonarbeitern, die bisweilen einen einigermaßen hinreichenden Lohn erhalten, dann aber wieder ohne Verdienst sind; noch schlimmer gestalten sich die Ernährungszustände bei ausgedehnter Erwerbslosigkeit, wie wir sie in dem Abschnitt „Arbeitsverhältnisse" geschildert haben.

c) Der Nahrungsmittelverbrauch der Bevölkerung und einzelner Volkskreise.

Ist es bei dem gegenwärtigen Stande der Physiologie schon im Einzelfall nicht immer leicht festzustellen, ob die Ernährung als gesundheitsgemäß zu bezeichnen ist, so treten noch weit größere Schwierigkeiten auf, wenn man beurteilen will, ob in den Ernährungsverhältnissen eines ganzen Volkes oder einzelner Volkskreise eine Gefahr für die Volksgesundheit liegt.

Um ein Bild von der Volksernährung zu erhalten, hat man mannigfaltige Methoden benutzt. Man hat u. a. den Verbrauch einiger Nahrungsmittel in einem Lande während einer bestimmten Zeit unter Berücksichtigung der Volkszahl berechnet oder die Lebensmittelpreise mit der Lohnhöhe verglichen oder schließlich Haushaltungsrechnungen anfertigen lassen. Gegen alle diese und andere Methoden lassen sich Bedenken anführen.

Die Angaben über den Nahrungsmittelverbrauch eines Landes oder großer Volkskreise stammen gewöhnlich von den betreffenden Staatsregierungen, die sich — wenn auch bona fide — oft von parteipolitischen Erwägungen leiten lassen. So lief eine amtliche Veröffentlichung aus England[1]), das seit langer Zeit keine Getreidezölle mehr hat, darauf hinaus, daß die Lebenshaltung der englischen Arbeiter besser ist als die der deutschen Arbeiter, während eine Denkschrift[2]) des Kaiserl. Gesundheitsamtes zu zeigen suchte, daß in Deutschland der Fleischverbrauch in den letzten Jahren vor dem Kriege immer mehr gestiegen ist, und daß daher von einer drohenden Unterernährung des Volkes im allgemeinen nicht geredet werden kann, woraus dann der Schluß gezogen werden sollte, daß ein Anlaß, die deutsche Schutzzollpolitik zu ändern, nicht vorlag.

Wie schwierig es ist, zuverlässige Angaben über die Höhe der jeweiligen Nahrungsmittelpreise und Löhne zu erhalten, wurde schon in dem Abschnitt „Arbeitsverhältnisse" hervorgehoben. Und auch die Verwendung von Haushaltrechnungen ist nicht unbedenklich. Denn solche Rechnungen liegen für eine bestimmte Zeit und eine bestimmte Gegend immer nur in begrenzter Zahl vor, da man nicht leicht viele aus sozial und wirtschaftlich verschiedenartigen Volksschichten stammende Familien, die monatelang gewissenhaft Buch führen, findet. Dazu kommt, daß sich der Nährwert der verbrauchten Stoffe nicht im Einzelfall prüfen, sondern nur an der Hand allgemeiner Erfahrungen berechnen läßt, und daß die Familien, von denen jede nur eine Gesamtrechnung liefert, aus dem Alter nach sehr verschiedenartigen Mitgliedern bestehen, was den Einblick in den Verbrauch der einzelnen Person behindert. Zwar sucht man sich durch Einführung bestimmter Einheiten zu helfen. So wurde besonders die von E. Engel[3]) vorgeschlagene Einheit Quet (der Name wurde zu Ehren des Statistikers Quételet gewählt) viel benutzt. Engel setzte das Verbrauchsmaß für den Neugeborenen auf 1 Quet fest und rechnete für jedes folgende Lebensjahr 0,1 Quet hinzu bis schließlich auf 3,5 Quet für den männlichen Erwachsenen. Aber über die Verwendbarkeit dieses Systems gehen die Ansichten noch weit auseinander; während Flügge[4]), Lichtenfelt u. a. es für richtig halten, lehnt Rubner es ab. Neuerdings hat Schütz[5]) für jedes Lebensalter bis zum 20. Jahr den Kalorienbedarf festgestellt und berechnet, wie groß dieser für jedes Alter ist, wenn man die für den Erwachsenen erforderliche Menge als Einheit annimmt. Dies System scheint brauchbar zu sein, ist aber bisher wohl noch nicht benutzt worden.

---

[1]) „Cost of living", 1908, XV p. 523, XVII p. 336. Vgl. dazu die Literaturangabe S. 76 Ziffer 5.

[2]) „Denkschrift über den Einfluß der Fleischversorgung auf die Volksernährung", bearbeitet im Kaiserl. Gesundheitsamt, Berlin 1910.

[3]) E. Engel: „Die Lebenskost belgischer Arbeiterfamilien früher und jetzt", Dresden 1895.

[4]) Nach Rubner, siehe Literatur S. 123 Ziffer 27b.

[5]) F. Schütz: „Über das Ernährungsbudget", Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1917 Bd. 83.

Trotz der großen Schwierigkeiten, die sich bei der Beurteilung der Zustände auf dem Gebiet der Volksernährung zeigen, sind manche Gesetzmäßigkeiten festgestellt und einige Verbrauchertypen gekennzeichnet worden.

In dem Abschnitt „Arbeitsverhältnisse" haben wir schon das Engelsche Gesetz[1]) angeführt und auf den hohen Anteil der Nahrungsausgaben unter den Gesamtausgaben hingewiesen, wobei wir uns auf die vom Kaiserl. Stat. Amt[2]) und vom Deutschen Metallarbeiterverband[2]) veröffentlichten Arbeiten stützten. Wir bieten nun in den Tafeln 36 und 37 einige diesen Veröffentlichungen entnommene Zahlenreihen, welche über Einzelheiten des Nahrungsmittelverbrauches unterrichten.

Tafel 36.

Ausgaben deutscher Arbeiterfamilien für einzelne Nahrungsmittel.

Nahrungs- und Genußmittel	Durchschnittlich kamen Ausgaben auf jeden Haushalt in Mark		Vom Hundert der Gesamtausgaben	
	nach d. Erhebung des Kaiserl. Stat. Amtes	nach d. Erhebung des Metallarb.-Verbandes	nach d. Erhebung des Kaiserl. Stat. Amtes	nach d. Erhebung des Metallarb.-Verbandes
Brot	162,73	172,87	8,9	9,5
Kartoffeln	34,47	34,32	1,9	1,9
Milch, Kindernahrung	95,14	87,76	5,2	4,8
Fleisch	170,05	157,19	9,3	8,6
Eier	27,17	28,91	1,5	1,6
Wurst	56,81	86,89	3,1	4,7
Fische	14,74	10,41	0,8	0,6
Butter	73,94	67,10	4,0	3,7
Käse	17,18	14,13	0,9	0,8
Fette, Öle, Gewürze, Margarine usw.	52,23	59,75	2,9	3,3
Grünwaren	22,54	20,47	1,2	1,1
Mehl, Hülsenfrüchte, Suppeneinlagen	28,43	40,56	1,5	2,2
Zucker	24,42	23,52	1,3	1,3
Obst, Eingemachtes	23,56	22,27	1,3	1,2
Kaffee, Tee, Kakao, Schokolade	32,28	32,58	1,8	1,8
Bier, Wein, sonstige Getränke	97 50	95,49	5,3	5,2
Zigarren und Tabak	18,85	20,20	1,0	1,1
Sonstige Nahrungsmittel	2,02	—	0,1	—
Zusammen	955,06	975,42	52,0	53,4

(Nach Angaben des Metallarbeiterverbandes.)

Der Vergleich der Tafel 36 mit der Tafel 37 zeigt, daß die Arbeiterfamilien 52,0 bezw. 53,4%, die Beamtenfamilien aber, die über weit größere Geldmittel verfügten, nur 36,7% der Gesamtausgaben für Nahrungsmittel aufwandten. Auch hier erweist sich wieder, wie richtig das Engelsche Gesetz ist. Des weiteren sehen wir, daß den wirklichen Zahlen nach bei den Arbeitern die Beträge für Kartoffeln und Brot höher waren als bei den Beamten, während diese mehr für Fleisch, Butter und Zucker ausgaben als jene. Bemerkenswert ist, daß besonders die Metallarbeiter verhältnismäßig viel für Wurst, aber wenig für

[1]) Siehe S. 87,
[2]) Siehe S. 88.

Tafel 37.

Ausgaben deutscher Beamtenfamilien für einzelne Nahrungsmittel.

Nahrungs- und Genußmittel	Durchschnittlich kamen Ausgaben auf jeden Haushalt in Mark	Vom Hundert der Gesamtausgaben
Gesamtausgabe	3187,83	100
Darunter für Nahrungs- und Genußmittel und zwar:	1168,39	36,7
Fleisch, Schinken, Speck usw.	238,77	7,5
Wurst	63,75	2,0
Fische, auch geräuchert	18,70	0,6
Butter	121,72	3,8
Schmalz, Margarine usw.	24,21	0,8
Käse	15,27	0,5
Bier	41,73	1,3
Kartoffeln	31,23	1,0
Grünwaren	35,37	1,1
Salz, Gewürze, Öl	11,47	0,4
Zucker, Sirup, Honig	31,11	1,0
Mehl, Reis, Hülsenfrüchte	32,59	1,0
Obst und Südfrüchte	44,42	1,4
Brot und Backwaren	166,11	5,2
Kaffee und Kaffee-Ersatz	28,38	0,9
Tee, Schokolade, Kakao	13,71	0,4
Milch	120,87	3,8
Übrige Getränke im Hause	38,84	1,2
Sonstige Nahrungsmittel	3,99	0,1
Zigarren und Tabak	27,92	0,9
Ausgaben in Wirtschaften	58,23	1,8

(Nach Angaben des Kaiserl. Stat. Amtes.)

Käse aufwandten. Im ganzen entnimmt man dem Vergleich dieser beiden Tafeln, daß bei steigendem Einkommen nach einer konzentrierten, aus Fleisch, Butter, Zucker bestehenden Kost gestrebt wird. Insbesondere wird die vielfach ausgesprochene Behauptung, daß der Fleischverbrauch als Zeichen der Wohlhabenheit anzusehen ist, auch hier als zutreffend erkannt.

Welche Beträge jeweils für tierische bezw. pflanzliche Nahrungsmittel verausgabt wurden, wird noch besonders in der Tafel 38 veranschaulicht.

Tafel 38.

Ausgaben deutscher Arbeiter für tierische und pflanzliche Nahrungsmittel.

Arbeiterfamilien	Für tierische Nahrungsmittel Mark	Für pflanzliche Nahrungsmittel Mark	Für sonstige Nahrungs- und Genußmittel Mark
Nach der Erhebung des Kaiserl. Statist. Amtes	508,26	296,15	150,65
Nach der Erhebung des Metallarbeiterverbandes	512,14	315,01	148,27

(Nach Angaben des Metallarbeiterverbandes.)

Die Tafel 38 zeigt, daß mehr als die Hälfte aller Ausgaben für die Ernährung auf tierische Nahrungsmittel entfällt. Die deutschen Arbeiter waren mithin nicht gewillt, vegetarisch zu leben. Dazu kommt, daß, wie sich ebenfalls aus der amtlichen Erhebung ergibt, in den Familien mit steigender Kopfzahl, d. h. bei geringeren Geldmitteln für die Einzelperson eines Haushaltes, die Ausgaben für tierische Nahrungsmittel sinken, für pflanzliche dagegen steigen.

Ritzmann[1]) hat aus den Nahrungsmittelverbrauchsangaben, die in den obengenannten Erhebungen enthalten sind, berechnet, welche Stoffmengen bezw. Kalorien den Arbeiterfamilien zur Verfügung standen; er hat dann diese Ergebnisse mit den Voit-Rubnerschen Anforderungen verglichen. Hierbei zeigte sich, daß die Kalorienmenge genügte, daß aber ein Fehlbetrag an Eiweiß von rund 19% vorlag, dem allerdings ein Fettüberschuß von 35% gegenüberstand.

Über den Fleischverbrauch in Deutschland hat das Kaiserl. Gesundheitsamt im Jahre 1910 eine schon erwähnte Denkschrift veröffentlicht, in der dargelegt wurde, daß in der Zeit von 1905 bis 1910 innerhalb der Altersklassen von 6 bis 70 Jahren für den Kopf der Bevölkerung 51,4 bis 54,7 kg Fleisch jährlich, d. h. etwa 150 g täglich, verbraucht wurden. Das Gesundheitsamt kam dann, indem es sich auf die Angaben der erfahrensten Physiologen, die etwa 160 g Fleisch als Tagesmenge für erforderlich erklärten, stützte, zu dem schon erwähnten Schluß, daß von einem Fleischmangel in Deutschland nicht gesprochen werden könne. Eßlen[2]) behauptete jedoch, daß die vom Gesundheitsamt angegebene Menge bei weitem nicht zutrifft; der Fehler beruhe auf einer falschen Untersuchungsmethode. Aber selbst wenn die genannten Durchschnittszahlen richtig wären, so würden sie nicht für die unbemittelten Volksschichten gelten, da der Fleischverbrauch der Wohlhabenden den Durchschnitt überschreitet. Eßlen meinte daher, daß der Fleischverbrauch in Deutschland unzureichend sei. Daß dieser Einwand gegen die Denkschrift berechtigt war, geht u. a. aus den Untersuchungen von Bittmann[3]) hervor. Er fand, daß der Fleischverbrauch im Jahr auf den Kopf bei 64 badischen Heimarbeiterfamilien (1907) nur 12,14, bei 25 badischen Arbeiterfamilien (1912/13) 24,94 kg betrug. Auch die Arbeiterfamilien, für die vom Kaiserl. Stat. Amt bezw. vom Metallarbeiterverband Angaben vorliegen, verzehrten im Jahr auf den Kopf nur 27,5 bezw. 33 kg Fleisch.

Die Entwicklung der Ernährungsverhältnisse während der letzten Jahrzehnte vor dem Kriege in den Arbeiterkreisen kann man u. a. aus Veröffentlichungen des badischen Gewerbeaufsichtsamtes ersehen. Die von dem Gewerbeinspektor Wörishofer[4]) 1890 bei Mannheimer Arbeiterfamilien gefundenen Zahlen hat der Gewerbeinspektor Föhlisch[5]) mit seinen Ergebnissen, die bei entsprechenden Mannheimer Untersuchungen 1910 gewonnen wurden, verglichen; er berichtet hierüber folgendes: Die Gesamternährung war 1910 im Verhältnis zu 1890 wesentlich günstiger geworden. Der Eiweiß- und Kohlehydratgehalt der verbrauchten Nahrungsmittel war größer, als den Anforderungen der Physiologen entspricht. Die Fettaufnahme dagegen war gering, da sich die Nahrung hauptsächlich aus Brot, Mehlspeisen und Kartoffeln zusammensetzte, während Fleisch, Fett und Butter

[1]) Ritzmann: „Maßstäbe zum Vergleich der Wirtschaftsrechnungen von Familien verschiedener Kopfstärke“, Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1911 Bd. VI.

[2]) J. B. Eßlen: „Die Fleischversorgung des Deutschen Reiches“, Stuttgart 1912.

[3]) K. Bittmann: „Arbeiterhaushalt und Teuerung“, Jena 1914.

[4]) F. Wörishofer: „Die soziale Lage der Fabrikarbeiter in Mannheim“, Karlsruhe 1891.

[5]) Föhlisch: „Die wirtschaftliche Lage der Arbeiter in 35 Mannheimer Familien.“

wegen ihres hohen Preises der Menge nach sehr zurücktraten. Der Einfluß der Fleischpreissteigerung läßt sich am besten daran ermessen, daß der Fleischverbrauch von 118 g auf den Tag und den Kopf im Jahre 1890 auf 103 g, d. h. von 43 kg auf 37,5 kg im Jahr, gesunken ist. Die obenangeführte Verbesserung beruht auf einem vergrößerten Verbrauch von Brot, Kartoffeln und Milch. Der Fettverbrauch hatte sich in den 20 Jahren der Menge nach kaum geändert, aber an Stelle von Butter waren vorwiegend deren Ersatzmittel, Margarine und Pflanzenbutter, getreten.

Von mehreren Forschern wurden bestimmte Verbrauchertypen gekennzeichnet. Hier ist namentlich die von Eulenburg hervorgehobene Gesetzmäßigkeit, daß — ceteris paribus — eine Familie um so weniger für die Ernährung ausgibt, je höher ihre soziale Stellung ist, anzuführen. Aus der Erhebung des Kaiserl. Stat. Amtes ist zu ersehen, daß ein gelernter Arbeiter 53,4%, ein mittlerer Beamter aber nur 48,3%, ein Gewerbetreibender sogar nur 43,5% des Gesamtaufwandes für die Nahrung bei fast ganz gleichen Einnahmen ausgaben. Die höhere soziale Stellung veranlaßt, daß mehr Sorgfalt auf die Wohnung, Kleidung, Kindererziehung gelegt wird. So kommt es, daß die Ernährung bisweilen in den Kreisen der Gewerbetreibenden, Angestellten und Beamten schlechter ist als in Arbeiterfamilien, die über die gleichen Geldmittel verfügen.

Sodann haben die Wirtschaftsrechnungen gezeigt, daß in unbemittelten Familien bei steigender Kopfzahl die Nahrungsausgaben zuungunsten von Wohnung und Kleidung zwar steigen, aber doch auf den Kopf jedes Familienmitgliedes sinken. Dies gilt besonders bei Familien, die mehr als zwei Kinder haben. Man wird sich daher leicht vorstellen, wie ungünstig Nahrungsmittelpreiserhöhungen gerade auf die kinderreichen Familien einwirken. Daß zahlreiche Volksschulkinder auch vor dem Kriege unterernährt waren, wurde vielfach nachgewiesen; wir kommen hierauf in den Abschnitten „Schulkinder“ und „Jugendliche“ noch zurück.

Grotjahn hat wiederholt, zuletzt 1915, folgende Verbrauchertypen beschrieben: 1. Die Wohlhabenden, denen die Mittel nicht fehlen, ihre Nahrungsmittel nach Belieben zu wählen; 2. die in den Städten vorhandenen kleinbürgerlichen Kreise der niederen Beamtenschaft und bessergestellten Arbeiter, deren Kost sich der der Wohlhabenden nähert, aber, gemessen am Gesamtaufwand, einen wesentlich höheren Betrag für die Nahrung als bei den Bemittelten erfordert; 3. die bäuerliche Bevölkerung, bei der sich die ländliche Kost (d. h. Pflanzenkost mit Zusatz von Fleisch und Fett infolge Schweinemast oder, wo Viehzucht nicht möglich ist, reichliche Zufuhr von Mehl und Kartoffeln) erhalten hat; 4. die von der Landwirtschaft ganz losgelösten, nur auf Geldlohn angewiesenen Fabrikarbeiter, die nach leichtverdaulichen, jedoch teuren Speisen (Fleisch, Weißbrot, Zucker) verlangen, von diesen aber noch nicht genug kaufen können, während sie nicht mehr genug Brot, Kartoffeln und Hülsenfrüchte verzehren, so daß sich chronische Unterernährung zeigt.

Auch bei der Landbevölkerung war vor dem Krieg, nach umfangreichen Untersuchungen, über die Kaup im Jahre 1910 berichtet hat, die Unterernährung weit verbreitet. Sie hat in einer zu geringen Zufuhr von Eiweiß und Fett bestanden, weil die Bauern zuviel von der gewonnenen Milch auf den Markt gebracht und zuwenig für den eigenen Bedarf zurückbehalten haben.

Den Anschauungen Grotjahns und Kaups stehen aber die Beobachtungen von F. Hirschfeld gegenüber, der diese Mißstände nicht so allgemein gefunden hat. Die

Ansichten über die Ernährungsverhältnisse vor dem Kriege stimmen mithin nicht überein. Aus allen diesen Angaben ersieht man, wie schwierig es ist, zu beurteilen, ob die Volksernährung im Deutschen Reich vor dem Kriege den gesundheitlichen Anforderungen entsprochen hat.

Daran aber kann kein Zweifel sein, daß infolge des Weltkrieges die überwiegende Mehrheit des deutschen Volkes in die schwerste Notlage hinsichtlich der Ernährung geraten ist.

Abb. 11.



Dankfest nach der Hungersnot 1816/17 in Überlingen.

Farbiger Kupferstich in den städtischen Sammlungen zu Überlingen.

Solche Notlagen infolge von Krieg und namentlich von Mißernten waren auch in früheren Zeiten bekannt. Erinnert sei z. B. an die Hungersnot in Ägypten (1. Buch Mosis, Kap. 41—43). Über eine Hungersnot in England vom Jahre 1597 und in Rom vom Jahre 1802, ferner über zahlreiche Teuerungsjahre in Preußen und besonders in Schlesien berichtet Lichtenfelt. Furchtbare Zustände haben 1816/17 in Süddeutschland, besonders in Bayern und Baden, geherrscht, da es infolge des vorausgegangenen Regenwetters an Getreide fehlte. Zahlreiche Bilder[1]) aus jener Zeit veranschaulichen uns noch heut, was die Menschen damals gelitten haben. Namentlich die Darstellungen der Dankfeste, die im Sommer 1817 gefeiert wurden, lassen erkennen, welcher Druck zuvor auf der Bevölkerung gelastet hatte. Unsere Abbildung 11 zeigt, wie in Gegenwart der weltlichen und

[1]) Siehe „Bairische Denkmale aus der ‚theueren Zeit‘ vor 100 Jahren“, Bayerische Hefte für Volkskunde, München 1916.

kirchlichen Obrigkeiten die festlich geschmückten Erntewagen in die Bodenseestadt Überlingen eingefahren sind.

Auch im Jahre 1846 war die Ernte in manchen deutschen Gegenden mißraten, so daß die Brotpreise stark stiegen. Um die Not in Karlsruhe[1]) zu lindern, führte der Gemeinderat im Mai 1847 die in unserer Abbildung 12 wiedergegebene Brotanweisung ein.

In Deutschland hatte man 1914 für so große Kornvorräte, wie sie bei langer Kriegsdauer erforderlich waren, nicht genügend gesorgt. Daher waren die Getreidebestände bereits zu Beginn des Jahres 1915 sehr gering. Eine Rationierung, wie sie früher gewöhnlich nur bei der Bevölkerung einer belagerten Festung durchgeführt wurde, mußte nun für das ganze Deutsche Reich in Angriff genommen werden. Bereits am 25. Januar 1915 wurde ein Gesetz verabschiedet, das die Beschlagnahme der gesamten Getreide- und Mehlvorräte vorschrieb; das Gesetz vom 28. Juni 1915 machte die Einführung der Brotkarte verbindlich. Es ging dann mit einigen Schwankungen leidlich weiter bis Ostern 1916, wo es plötzlich an Fleisch mangelte. Dann wurden rasch auch andere wichtige Nahrungsmittel wie Fett, Eier, Milch, Zucker sehr knapp; alles, selbst Sauerkraut, mußte rationiert werden, und so gut wie nichts wurde ohne besondere Nahrungsmittelkarte verabreicht Bei dieser öffentlichen Bewirtschaftung blieb für die Großstädte allmählich immer weniger übrig. Fleisch ging bis auf ein Siebentel des früheren Verbrauchs zurück, Erwachsene erhielten weder Milch noch Käse, Butter gab es bisweilen nur bis 20 g wöchentlich, von Eiern 25 Stück im Jahr. Es fehlte also gerade an den Nahrungsmitteln, die einen wesentlichen Bestandteil der Nahrung der Großstadtbewohner ausmachen. Von den Genußmitteln waren Kaffee, Tee, Kakao rasch verschwunden; wertlose Ersatzstoffe traten an ihre Stelle.

Abb. 12.

Brod-Anweisung.

Bei Abgabe gegenwärtiger Brod-Anweisung hat jeder hiesige Bäcker **für den Laib Halbweißbrod nur die von dem Gemeinderath festgesetzte** und bekannt gemachte **Brodtaxe** zu fordern.

Carlsruhe, den 12. Mai 1847.

Der Gemeinderath.

Nach dem im Badischen Landesmuseum befindlichen Original.

Am meisten betroffen war die Bewohnerschaft der Groß- und Mittelstädte sowie der Industriegegenden, während es der Landbevölkerung kaum schlechter, vielfach sogar besser als vor dem Kriege ging. Denn bei den gewaltig gestiegenen Preisen für alle landwirtschaftlichen Erzeugnisse konnten viele Bauern hinreichende Mengen Milch, Butter, Eier usw. für sich zurückbehalten, während sie vor dem Kriege oft zuviel davon verkauft haben. In den Städten zeigte sich, wie besonders hervorzuheben ist, die Notlage nicht nur bei den Armen und Handarbeitern, sondern ebenso bei dem Mittelstand mit festem Einkommen. Nur die Reichen konnten sich zumeist auf dem Wege des Schleichhandels zu sehr hohen Preisen allerhand Nahrungsmittel verschaffen. Oft aber nützte selbst Geld weniger als eine gute Beziehung zu einem Bauernhause, so daß viele Arbeiter in dieser Hinsicht besser daran waren als Beamte und Gelehrte. In keiner Volksschicht fand ich in Karlsruhe so viele Unterernährte wie bei den mittleren und oberen Beamten.

[1]) Fr. v. Weech: „Karlsruhe. Geschichte der Stadt und ihre Verwaltung", Bd. 2, Karlsruhe 1898.

In welchem Umfange die *Menge der verfügbaren Nahrungsmittel* während des Krieges zurückgegangen ist, ersieht man aus manchen amtlichen Zahlenangaben[1]. Im Deutschen Reich wurde die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vorgenommen:

im Jahre 1913	bei 519126 Ochsen,	4096261 Kälbern,	17893490 Schweinen,
„ „ 1916	„ 398896 „	2652497 „	6547645 „
„ „ 1918	„ 419321 „	1795647 „	2429999 „

Die Milchmenge betrug in München 1915 noch 952626, dagegen 1918 nur 573620, in Augsburg 1915 noch 226232, 1918 aber nur 140408 Hektoliter.

Im Jahre 1913/14 wurden im Deutschen Reich 2617937, im Jahre 1917/18 dagegen nur 1566255 Tonnen Zucker hergestellt.

Die Folge dieser Nahrungsmittelnot war, daß die Mengen, die der städtischen Bewohnerschaft von den Behörden zugeteilt wurden, weit hinter den Mindestanforderungen an eine genügende Nahrung zurückblieben. Nach *Löwy* standen — im Mittel der Großstädte, für die Angaben vorliegen — 1916 bezw. 1917 in der rationierten Nahrung täglich auf den Kopf 33 g Eiweiß bei rund 1300 Kalorien zu Gebote. Nach R. E. *May* betrug 1917 in Hamburg bei den nicht bevorrechtigten Erwachsenen die tägliche Eiweißkopfmenge 25,2 g, die Fettkopfmenge 16,1 g, die Kohlehydratkopfmenge 227,4 g, die Kalorienkopfmenge 1185.

May und viele andere erblickten daher mit Recht in den Kohlehydraten die Rettung Deutschlands und verlangten 1917 in einer Eingabe an das Kriegsernährungsamt, daß die Schweine, die den „inneren Feind“ darstellten, „zu registrieren und ihre Aufzucht nur denen zu gestatten ist, die nachgewiesen haben, daß sie in der Lage sind, die angemeldete Zahl von Schweinen ohne Futtermittel aufziehen zu können, die jetzt für die menschliche Ernährung notwendiger sind“. Die Antwort, welche das Kriegsernährungsamt erteilte, war belanglos. Die Zahl der amtlich festgestellten Schweineschlachtungen war freilich, wie oben gezeigt wurde, erheblich zurückgegangen; aber die Ziffer der heimlich geschlachteten Schweine ist nicht bekannt geworden.

Im Hinblick auf die furchtbare Verminderung der Nahrungsmittel war eine ungeheure *Schädigung der Gesundheit* zu erwarten. Allerdings haben sich sehr viele von den städtischen Bewohnern auf verbotenen Wegen allerhand zu verschaffen gewußt, namentlich um den Kindern die für das Wachstum unentbehrlichen Stoffe zu bieten. Zutreffend hat A. *Czerny*[2] dargelegt, wie in allen Volksschichten die Sorge um das Wohl der Kinder so groß war, daß namentlich alle Frauen ohne Rücksicht auf ihren eigenen Körperzustand alles aufwandten, um die Ernährung der Kinder ausreichend zu gestalten; die Nährschäden zeigten sich daher an der Jugend später als an den Erwachsenen, aber sie blieben nicht aus.

Zu wie schweren *Krankheiten des Knochensystems* die Unterernährung bei den Kindern und Jugendlichen in manchen Gegenden von Preußen geführt hatte, darüber hat *Beninde*[3] berichtet. Die Rachitis verlief bei Kindern bis zum 5. Jahre während des Krieges anders als im Frieden; es traten anfangs Schmerzen auf, dann bekamen die Röhrenknochen eine solche Weichheit, daß man sie in der Hand wie eine Weidengerte

[1] Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich 1919, ferner Statistisches Jahrbuch für den Freistaat Bayern 1919.

[2] Berliner Klinische Wochenschrift 1919 Nr. 1.

[3] Bericht über die 40. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, Braunschweig 1921.

biegen konnte, und bisweilen brach der Knochen wie Glas. Bei jugendlichen Personen, und zwar besonders bei männlichen Lehrlingen, die körperlich schwer belastet waren, entstand im Winter 1918/19 auffallend häufig Spätrachitis; ein Arzt in Dortmund hatte allein 80, ein anderer 50 solche Fälle, in Hannover ein Arzt 18, ein anderer 16.

Ganz besonders übel daran waren alleinstehende, alte Personen, die nicht zu „hamstern" in der Lage waren, und vor allem die unbemittelten Kranken, die in Anstalten untergebracht waren. Nach Angabe von Rubner hat ein Siechenhaus lakonisch berichtet: „Die Insassen sind alle gestorben." Ein tieftrauriges, aber die Lage klar bezeichnendes Bild entwirft auch Möckel[1]) von den Vorgängen in der badischen Irrenanstalt Wiesloch. Er teilt mit, daß die Insassen lediglich auf die knappen Nahrungsmittel, die vom Kommunalverband geliefert wurden, angewiesen waren, und daß infolge davon naturgemäß Unterernährung eintrat; diese bewirkte, obwohl, abgesehen von der verschlechterten Heizung, alle übrigen Bedingungen in der Anstalt gleich günstig geblieben waren, eine starke Neigung zu Krankheiten, die zuvor in der Anstalt selten vorkamen, und eine große Sterblichkeit, besonders an Tuberkulose, die eine in der Anstalt sonst nie beobachtete Heftigkeit zeigte. Durch diese Feststellung ist, gewissermaßen wie bei einem planmäßigen und alle störenden Nebenwirkungen möglichst ausscheidenden Versuch, erwiesen, daß unter den Bedingungen für die Tuberkulose an erster Stelle die Mangelhaftigkeit der Ernährung steht.

Daß die allgemeine Sterblichkeit in Deutschland während des Krieges gewaltig gestiegen ist, wurde schon in dem Abschnitt „Bevölkerungsbewegung" (siehe S. 55 u. 62) dargelegt. Die Zunahme der Tuberkulosesterblichkeit während des Krieges ersieht man aus der Tafel 39, die einer Abhandlung von B. Möllers[2]) entnommen ist.

Tafel 39.

Die Tuberkulosesterblichkeit vor, in und nach dem Weltkrieg im Deutschen Reich.

An allen Formen der Tuberkulose starben auf 10000 Lebende der Gesamtbevölkerung

im Jahre	1895	24,75	im Jahre	1915	14,8
„ „	1905	20,41	„ „	1916	16,2
„ „	1910	16,35	„ „	1917	20,6
„ „	1911	16,00	„ „	1918	22,9
„ „	1912	15,34	„ „	1919	21,2
„ „	1913	14,33	„ „	1920	15,4
„ „	1914*)	14,2			

*) Von 1914 ab ausschließlich Elsaß-Lothringen. (Nach B. Möllers.)

Besonders deutlich hat R. v. Wassermann[3]) den Einfluß der Ernährungsverhältnisse auf die Tuberkulosesterblichkeit zum Ausdruck gebracht. Er hat auf Grund der Angaben des Kriegsernährungsamtes berechnet, wieviel Nährwerteinheiten in den einzelnen Kriegsjahren auf jede Person täglich entfielen. Die hierbei gewonnenen Ziffern sowie die Tuberkulosesterblichkeitszahlen der entsprechenden Jahre hat er durch Kurven, die wir

[1]) W. Möckel: „Der Einfluß der Unterernährung auf die Sterblichkeit an Tuberkulose in den Irrenanstalten während der Kriegsjahre", Sozialhyg. Mitteil. 1921 S. 118 ff.

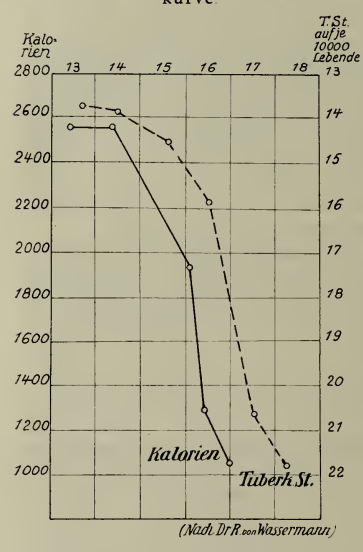
[2]) B. Möllers: „Tuberkulose", Abhandl. in „Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reich", herausgeg. von B. Möllers, Berlin 1923.

[3]) R. v. Wassermann: „Volkswirtschaftliche Betrachtungen zur Steigerung der Tuberkulosesterblichkeit während des Weltkrieges", Greifswald 1920.

in der Zeichnung 17 wiedergeben, dargestellt. Über das Ergebnis schreibt er: „Es zeigt sich die fast völlige Übereinstimmung im Verlauf der Kurven, und zwar ist das Verhalten so, daß dem jedesmaligen Absinken des Kalorienwertes der Nahrung etwa ½ bis 1 Jahr später die Tuberkulosekurve mit einer Erhöhung antwortet "

Zeichnung 17

Kriegstuberkulose und Abhungerungskurve.



(Nach Dr R. von Wassermann)

Sogleich nach dem Friedensschluß setzte eine beträchtliche Einfuhr von Nahrungsmitteln ein. Man hatte daher gehofft, daß die schlimmsten Mißstände, welche durch die feindliche Blockade erzeugt worden waren, rasch schwinden würden. Tatsächlich erholten sich mit der Zeit, namentlich infolge der Hilfe, welche die Quäker und die Rote-Kreuz-Vereine neutraler Staaten gewährten, weite Kreise der Bevölkerung, was auch in dem Rückgang der allgemeinen Sterblichkeit und der Tuberkulosesterblichkeit zum Ausdruck kam. Aber ein neues Verhängnis, die Geldentwertung, erschien, und so entstand infolge des ungeheuren Anstiegs der Lebensmittelpreise eine neue Hungerblockade. Auf Grund von Untersuchungen, die v. Tyszka 1920 und 1921 bei zahlreichen Hamburger Familien durchgeführt hat, wurde festgestellt, daß in diesen Jahren die Minderbemittelten weder die erforderliche Kalorienmenge noch das notwendige Maß an Eiweiß in ihrer Nahrung aufgenommen haben.

Auch in den Jahren 1922 und 1923 waren viele Personen, namentlich in den Großstädten, auf die öffentliche Wohltätigkeit angewiesen, wenn sie nicht Hunger leiden wollten. Unsere Abbildung 13 zeigt, wie stark in Berlin die kostenlose Essenverteilung durch die Wohltätigkeitsvereine in Anspruch genommen wurde; die Speisung kam besonders alten Leuten und kinderreichen Familien, die sich in Not befanden, zugute.

Nach amtlichen Mitteilungen aus Preußen[1]) ist infolge der Inflationsteuerung der Fleischverbrauch, auch nachdem die öffentliche Bewirtschaftung des Fleisches aufgehoben war, andauernd zurückgegangen; es kamen, wenn man sowohl das Inlandsfleisch wie die Mehreinfuhr aus dem Auslande berücksichtigt, auf den Kopf der Bevölkerung ohne Unterschied von Alter und Geschlecht:

1913	1921	1922	1923
49,02	31,85	29,67	26,07 kg.

[1]) Siehe „Statistische Korrespondenz" vom 15. April 1924, herausgeg. vom Preuß. Stat Landesamt.

Die gegenwärtige Gestaltung der Lebensmittelpreise ersieht man aus den Angaben der Zeichnung 14. Jetzt ist die öffentliche Bewirtschaftung wieder völlig beseitigt, und dadurch sind alle Beschränkungen, die so viele Jahre hindurch bestanden haben, gefallen. Wie die Zustände im Nahrungswesen, seitdem das deutsche Geld wieder beständig geworden ist, auf die Gesundheitsverhältnisse gewirkt haben, läßt sich ziffernmäßig noch nicht angeben. Es scheint, daß sich der Ernährungsstand im allgemeinen gebessert hat.

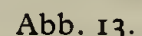


Abb. 13.



Kostenlose Essenverteilung durch die Heilsarmee 1923 in Berlin besonders an notleidende alte Leute und kinderreiche Familien.

d) Der Einfluß der Kultur auf die Volksernährung.

In den obigen Darlegungen mußte mehrfach betont werden, daß viele wichtige Fragen des Nahrungswesens zurzeit noch nicht endgültig beantwortet werden können. Aber gerade die traurigen Erlebnisse während des Krieges haben manche Lücke in unserem Wissen ausgefüllt. Sicher ist, daß während des Krieges Unterernährung in den weitesten Kreisen des deutschen Volkes vorlag, und auch über die Ursache dieses Mißstandes sind wir ja völlig unterrichtet.

Vom sozialhygienischen Standpunkte aus ist auch im Hinblick auf die Volksernährung unzweifelhaft zu fordern, daß Kriege vermieden werden. Aber es erscheint mir zwecklos, mich hierüber weiter zu äußern, da sich die Völker durch Rücksichtnahme auf die Volksgesundheit nicht abhalten lassen können, zu den Waffen zu greifen, wenn es um Sein

oder Nichtsein geht. Niemals kann ein Volk vor allem dann auf den Krieg verzichten, wenn keine sonstige Möglichkeit besteht, das ihm auferlegte Joch abzuschütteln. Man kann noch so sehr für den Frieden schwärmen, Kriege lassen sich für absehbare Zeiten nicht vermeiden. Dieser Tatsache muß sich der Sozialhygieniker, der nicht den Kopf in den Sand stecken will, bewußt sein, und zwar besonders auch, wie wir noch sehen werden, im Zusammenhang mit der Frage der Volksernährung.

Obwohl im Deutschen Reich während des Krieges manche schwerwiegende Fehler auf dem Gebiet des Nahrungswesens begangen wurden, so wollen wir sie doch jetzt nicht mehr erörtern, sowenig wie wir für kommende Kriege Ratschläge erteilen möchten. Die Aufgaben, die dereinst, wenn Deutschland wieder zum Kriege gezwungen werden sollte, hinsichtlich der Ernährung zu erfüllen sein werden, zu lösen, muß der Zukunft überlassen bleiben. Nur an die Mahnung, die man den Lehren von Thomas Morus und Mai (siehe S. 28 und 33) entnehmen kann, daß für den Fall eines Krieges die Kornkammern gefüllt sein müssen, sei hier erinnert. Denn wir haben erlebt, wie recht J. P. Frank hatte, als er betonte, daß die Fleischnahrung bei der Volkskost nur als eine Beilage anzusehen ist, und daß man von einer Hungersnot nur beim Mangel an Getreide sprechen kann.

Wie wir gesehen haben, ist die Frage der Unterernährung für die Zeit vor dem Kriege nicht so leicht zu beantworten wie für die Kriegszeit. Aber es liegen doch genügend Anzeichen dafür vor, daß namentlich in den Kreisen der unbemittelten Stadtbewohner und auch in manchen ländlichen Familien die Ernährung vielfach unzulänglich war. Es gilt nun, die Gründe hierfür festzustellen.

In erster Linie sind hier die hohen Kornzölle, welche die Nahrungsmittelpreissteigerung bewirkt haben, anzuführen.

Daß die letzte Erhöhung der Kornzölle zu Beginn dieses Jahrhunderts die Lebenshaltung der breiten Schichten, die insbesondere zu den Berufsgruppen Industrie und Handel gehören, noch weiter verschlechtern würde, war zu erwarten. Aber sonderbarerweise hat, soweit ich es übersehen kann, nicht ein einziger der deutschen Hygieneprofessoren seine Stimme erhoben, um vor den Gefahren der Kornzollpolitik, welche die Reichsregierung vorschlug, zu warnen. Ganz anders verhielten sich manche Hygieniker zu der Zeit, als die Bakteriologie noch nicht alle anderen Zweige der Gesundheitspflege in den Hintergrund gedrängt hatte. Oesterlen schrieb 1860 im ersten Aufsatz der von ihm herausgegebenen Zeitschrift, daß das Sinken des Brotpreises um einen Groschen der Medizin vielleicht als ein sehr kleinliches Ding erscheint, aber doch für die Erhaltung der Gesundheit und des Lebens mehr bedeutet als die ganze Heilkunde. Und auch hier sei an die auf S. 92 erwähnte Mahnung von Ed. Reich hingewiesen.

Den Einfluß der Kornzölle in England auf den Nahrungsmittelverbrauch hat L. Brentano[1]) ziffernmäßig dargelegt; wir geben die wichtigsten dieser Zahlen in unserer Tafel 40 wieder.

Aus der Tafel 40, zu welcher noch zu bemerken ist, daß die Kornzölle in England 1846 beseitigt wurden, läßt sich ersehen, wie sehr der Verbrauch insbesondere von Speck, Butter, Käse, Zucker, Weizen zugenommen hat. Solange die Kornzölle wirkten, hatten die englischen Arbeiter, nach dem Bericht des Volkswirtes Giffen, „am Fleischpreise

[1]) Lujo Brentano: „Lebenshaltung der Arbeiter und Abschaffung der Kornzölle in England"; siehe „Die Zeit". 1903 Nr 37. An diesen Aufsatz schloß sich eine über mehrere Nummern der „Zeit" ausgedehnte beachtenswerte Aussprache mit dem Nationalökonomen Oldenberg.

so wenig Interesse wie am Diamantenpreise". Gewiß ist die Verbrauchszunahme zum Teil auch durch die Lohnerhöhungen ermöglicht worden; aber die vergrößerten Löhne haben ihren Wert nur behalten, weil mit ihrem Steigen nicht zugleich auch die Lebensmittelpreise hinaufgeschraubt wurden, was bereits auf S. 91 dargelegt wurde.

Tafel 40.

Nahrungsmittelverbrauch in England vor und nach Aufhebung der Kornzölle.

Von den hauptsächlichen eingeführten und einer Inlandssteuer unterworfenen Waren entfielen auf den Kopf der Bevölkerung des Vereinigten Königreiches:

Waren		1840	1881	1901
Speckseiten und Schinken	Pfund	0,01	13,93	19,87
Butter	„	1,05	6,36	9,85
Käse	„	0,92	5,77	6,82
Korinthen und Rosinen	„	1,45	4,34	4,09
Eier	Stück	3,63	21,65	48,25
Kartoffeln	Pfund	0,01	12,85	18,53
Reis	„	0,90	16,32	11,43
Kakao	„	0,08	0,31	1,02
Kaffee	„	1,09	0,89	0,76
Korn, Weizen, Weizenmehl	„	42,47	216,92	247,08
Rohzucker	„	15,20	58,92	32,18
Raffinierter Zucker	„	—	8,44	56.81
Tee	„	1,22	4,58	6,16
Tabak	„	0,86	1,41	1,89
Wein	Gallonen	0,25	0,45	0,37
Spirituosen	„	0,97	1,08	1,09
Malz	Bushels	1,59	1,91	—

(Nach Lujo Brentano.)

Die Frage der Kornzollerhöhung wurde von den Nationalökonomen auf das lebhafteste erörtert. Auf der Tagung des Vereins für Sozialpolitik[1]) im Jahre 1901 erklärten die Gegner der hohen Getreidezölle Lotz[1]) und Fr. Naumann[1]) es für einen unlösbaren Widerspruch, einerseits Arbeiterschutz- und Arbeiterversicherungsgesetze zu schaffen und andererseits durch die Zollpolitik die Lebenshaltung der Arbeiter zu verteuern, und Helfferich[1]), der spätere Staatssekretär, sagte: „Ich sehe die Industrie vor mir in Gestalt eines wirklichen, lebendigen Industriearbeiters, dem das Zentnergewicht der Lebensmittelzölle auf den Rücken gelegt ist." Es darf nun aber keineswegs verschwiegen werden, daß auch die Befürworter der hohen Getreidezölle beachtenswerte Gründe für ihre Ansicht angeführt haben. Sie gaben zwar zu, daß durch die Zölle die Lebenshaltung der Industriearbeiter verteuert wird, es wurde jedoch insbesondere von Sering[1]), später auch von K. Diehl[2]) darauf hingewiesen, daß es gilt, den Bauernstand, bei dem viele Millionen Menschen Arbeitsgelegenheit und eine unzweifelhaft gesündere Beschäftigung, als es die industrielle Tätigkeit ist, finden, zu erhalten, wodurch dann auch der Industriearbeiterschaft genützt werde, während ohne einen kräftigen Bauern-

[1]) Siehe „Schriften des Vereins für Sozialpolitik" 1902 Bd. 98.
[2]) K. Diehl: „Zur Frage der Getreidezölle", Jena 1911.

stand ein Lumpenproletariat zu erwarten sei, wie in England, wo ein solches aus britischen und namentlich irischen Landarbeitern und Kleinzüchtern hervorgegangen ist.

Im Hinblick darauf, daß bei dieser wichtigen Frage die Ansichten der besten Sachkenner so weit auseinander gehen, ist es sehr schwer, sich ein einwandfreies Urteil zu bilden. Der Gegenstand wird noch verwickelter, wenn man daran denkt, daß das deutsche Volk im Falle eines Krieges auf seinen Bauernstand angewiesen ist, wie wir es ja erlebt haben. Unzweifelhaft lag gerade in dieser Erwägung für die Reichsregierung ein wichtiger Grund für die Zollpolitik. Fraglich ist aber, ob die Kornzölle den zahlreichen Kleinbauern, die nichts oder nur wenig über den eigenen Gebrauch hinaus erzeugten, etwas genützt haben. Die Reichsregierung[1]) hat eine entsprechende Erhebung noch kurz vor dem Kriege abgelehnt.

Seit dem Kriege sind die Zollschranken beseitigt. Deutschland war froh, wenn es nur überhaupt vom Ausland Nahrungsmittel erhielt. Einen Schutz brauchten die deutschen Bauern nicht mehr für ihre Erzeugnisse, denn die ausländischen Waren stiegen gewaltig im Preise, so daß der frühere preisdrückende Wettbewerb fehlte. Daß aber nun die Bauern die Notlage des deutschen Volkes hinreichend berücksichtigt haben und frei von Habgier gewesen sind, konnte nicht überall festgestellt werden.

Zusammenfassend möchte ich folgendes betonen: Ich habe den Eindruck, daß vor dem Weltkrieg in weiten Kreisen der Industriearbeiterschaft eine mehr oder weniger schwere Unterernährung bestanden hat, und daß hierfür in erster Linie die durch die Kornzölle hervorgerufene Nahrungsmittelteuerung die Ursache war.

Es muß jedoch noch darauf hingewiesen werden, daß die Kornzölle nicht immer die alleinige Ursache der Teuerung sind. Diese hängt vielfach mit der Höhe der Weltmarktpreise, auf die ein einzelner Staat, insbesondere Deutschland, kaum einen Einfluß ausüben kann, zusammen. Dazu kommt, daß die Preise oft auch durch den Zwischenhandel nach oben getrieben werden, worunter gerade die Unbemittelten, die nur in geringen Mengen einkaufen können, am meisten leiden.

Die vor dem Kriege vorhandene Unterernährung ist aber nicht allein auf die wirtschaftlichen Verhältnisse zurückzuführen; sie hängt vielmehr auch mit dem Bildungsstand, der Erziehung und Weltanschauung zusammen.

Daß in den Fragen der Ernährung die Kenntnisse in der Bevölkerung sehr mangelhaft waren und noch sind, erfährt jeder Arzt täglich. Aufklärung und Belehrung fehlten so gut wie ganz. Bisweilen wurde sogar das hygienische Wissen als überflüssig empfunden, solange die Lebensmittelpreise so hoch waren. Ein französischer Arzt[2]), der sich mit der Hygiene der Arbeiter befaßt hat, schrieb, daß der Arbeiter erst einen höheren Lohn erhalten muß, dann wird er die „physiologischen und rationellen Menus studieren". Ähnliche Anschauungen habe ich auch in Karlsruhe von manchen Arbeitern gehört, was aber

[1]) Siehe Reichstagsdrucksache Nr. 1330 und 1396 der 13. Legislatur-Periode I. Session 1912/14. Vgl. auch die in der 2. Kammer der Bad. Ständeversammlung gehaltene Rede des Abg. Muser, der verlangte, daß die badische Regierung eine derartige Erhebung veranstalte oder die von dem bad. Regierungsrat Hecht verfaßte Schrift — hier wurde dargelegt, daß in ganz Baden nur 14,7% aller Familien mehr Brotfrucht bauen, als sie für den eigenen Bedarf benötigen — als amtlichen Tatsachenstoff anerkenne; der bad. Minister des Innern erklärte jedoch, daß die Schrift von Hecht („Die bad. Landwirtschaft im Anfang des 20. Jahrhunderts", Karlsruhe 1903) eine Privatarbeit sei, und daß die bad. Regierung die bisherige Schutzzollpolitik billige. (Siehe „Amtl. Berichte ü. d. Verhandl. d. Bad. Ständeversammlung" vom 12. März 1914.)

[2]) R. Martial: „L'Ouvrier, son hygiène, son atelier, son habitation", Paris 1909.

nicht verallgemeinert werden darf, da ich gerade in den Kreisen der Gewerkschaften ein starkes Verlangen nach hygienischer Aufklärung gefunden habe.

Zutreffend hat Faßbender dargelegt, daß „durch Naschhaftigkeit und andere Ausschreitungen eines falsch geleiteten Ernährungstriebes so manche Familie nicht allein in direkte Schulden gestürzt, sondern indirekt auch durch Nachgiebigkeit gegen die Gaumenlust die Grundlage zum sittlichen und gesundheitlichen Ruin bei den einzelnen Familiengliedern gelegt wird". Wie häufig geben Arbeiterfrauen und junge Arbeiterinnen für Leckereien das mühsam verdiente Geld aus, und wie oft sieht man, daß Arbeiter teure Wurst, die nur wenig Nährwert enthält, verzehren, von dem meist dazugehörigen Bier ganz zu schweigen. Sehr bedauerlich ist auch, daß viele Arbeiterfrauen, besonders solche, die vor der Verheiratung in der Fabrik gearbeitet haben, nicht recht zu kochen und die Nahrungsmittel gehörig zu verwenden wissen; hier rächt es sich bitter, daß diese Frauen vor der Ehe, statt in einer gesitteten Familie als Dienstmädchen tätig zu sein, das freiere Leben der Fabrikarbeiterin vorgezogen haben. Mit Recht hat Rubner vor dem Kriege darauf hingewiesen, daß die in Deutschland tätigen italienischen Arbeiter, die kräftige, gesunde und zähe Leute sind, viel geringere Ansprüche als die deutschen Arbeiter an das Essen stellen. Aber man muß hier hinzufügen, daß die führenden deutschen Männer, deren Sitten und Gebräuche das ganze Volk nach Möglichkeit nachzuahmen pflegt, und nicht allein bei der Ernährung, sondern auch bei der Kleidung, Erholung usw., an Einfachheit und Bescheidenheit ein Vorbild geben sollten. Hainisch[1]), der jetzige österreichische Staatspräsident, hat 1915 auf einem Kongreß in Berlin dargelegt, daß man „die Befriedigung des Magens von der Ernährung getrennt" hat, wie „die Befriedigung des Geschlechtstriebes von der Kindererzeugung". In der Tat, nur zu oft ist bei der Auswahl der Nahrungsmittel maßgebend, wie sie schmecken, und nicht, ob sie für die Gesundheit notwendig sind. Wahrlich, die Ernährungsfrage ist zum großen Teil eine Erziehungs- und Sittlichkeitsfrage.

So gelangen wir schließlich zu den Lehren der Vegetarier, die ihren Namen nicht von dem Wort vegetabilis, sondern von vegetus (körperlich und geistig belebt, lebhaft, munter, rüstig) ableiten. Sie beschränken sich nicht auf die Pflanzenkost im strengen Sinne; sie verbannen jedoch den Fleischgenuß und halten ihn für gesundheitsschädlich. Man braucht ihnen nicht völlig beizustimmen, aber man wird doch zugeben müssen, daß, wie wir gezeigt haben, ein übermäßiger Fleischverbrauch zu Gesundheitsschädigungen führt. Zur Bekämpfung der Überernährung und der maßlosen Völlerei, die zur Zeit von J. P. Frank nach dessen Schilderungen weit verbreitet war, aber auch jetzt noch in manchen Kreisen zu beobachten ist, stellt der Vegetarismus sicherlich die beste Waffe dar. Aber der Vegetarismus[1]) will nicht nur auf die Ernährungsverhältnisse einwirken, er will das ganze Leben im Sinne der Gesundheit und Einfachheit neugestalten, er will eine Weltanschauung sein und eine neue Menschheitskultur begründen. Es kann kein Zweifel sein, daß, wenn es den Vegetariern gelingt, eine große Anhängerschaft zu gewinnen, ihre Bestrebungen die Ernährungs- und allgemeinen Gesundheitsverhältnisse auf das günstigste beeinflussen werden, und daß auf jeden Fall ihr Beispiel der Bescheidenheit und Einfachheit die größte Anerkennung verdient.

[1]) Siehe die Fußnote auf S. 95.

[1]) Siehe Robert Springer: „Enkarpa, Kulturgeschichte der Menschheit im Lichte der pythagoräischen Lehre", Hannover 1884; P. Andries: „Der Vegetarismus und die Einwände seiner Gegner", Leipzig 1893; Eduard Baltzer: „Erinnerungen, Bilder aus meinem Leben", Frankfurt a. M. 1907.

e) Kulturelle Maßnahmen zur Verbesserung der Volksernährung.

Die Lehre E. v. Feuchterslebens: „Das große Geheimnis, das Leben zu verlängern, besteht darin, es nicht zu verkürzen" trifft ganz besonders für das Nahrungswesen zu. Denn dem einzelnen und ganzen Volksschichten wird schon viel genützt, wenn nur keine Fehler bei der Ernährung, die die Gesundheit bedrohen und das Leben verkürzen, begangen werden. Wir wollen daher bei der Erörterung der kulturellen Maßnahmen zur Verbesserung der Volksernährung zunächst darauf hinweisen, welche Fehler zu vermeiden sind.

Wir haben gesehen, daß die schlimmsten Mißstände durch die Nahrungsmittelteuerung hervorgerufen werden. Welche Maßnahmen hier nicht angewendet werden dürfen, darüber hat sich der Hygieniker Fr. Oesterlen 1876 folgendermaßen geäußert:

„In Zeiten der Teuerung und Not schaden Ausfuhrverbote, Zwangspreise, Ankäufe der Regierungen im Großen und ähnliche Ausnahmeregeln gewöhnlich mehr als sie nützen; wirksamer wäre schon die Beseitigung aller Zölle und Abgaben auf Lebensbedürfnisse mit gehöriger Sparsamkeit vorher. Das beste Mittel ist aber freie Konkurrenz und Zufuhr, ungestörter Handel und Verkehr. Denn wo der Handel frei und der Händler, Kaufmann unumschränkter Herr seiner Ware, da wird es nie an Zufuhr fehlen, wie schon z. B. Franklin meinte, während es gerade da, wo Regierungen durch Beamte für alles sorgen wollen, am ehesten daran zu fehlen pflegt. Anders wäre es nur, wenn durch Spekulanten, Händler, Wucherer, welche den Markt in die Hand zu bekommen wußten, der Preis über Gebühr gesteigert, vielleicht sogar eine künstliche Teuerung hervorgerufen wird. Hier kann und muß das Gesetz, die Regierung einschreiten."

Über den Einfluß der Kornzölle und Nahrungsmittelabgaben hat Ed. Reich 1870 folgendes dargelegt:

„Wenn der Arme, der seinen Bedarf ohnehin schon viel teurer bezahlen muß als der Reiche, noch Steuer für die Nahrungsmittel abgibt, kann von entsprechender Ernährung bei ihm um so weniger die Rede sein, je höher diese Abgaben sich stellen; er sieht sich veranlaßt, die billigsten und den Magen am meisten füllenden und somit die an Nährstoffen ärmsten Nahrungsmittel einzukaufen, und verkommt hierbei immer mehr; die nervöse Aufregung, durch die ungenügende Ernährung verursacht, disponiert zu Ausschreitungen und Gewalttaten."

Mit Recht hat Rubner 1915 betont, daß „die Erhaltung normaler Preise ebenso wichtig ist wie die Nahrungsmittelproduktion". Und wenn er hier hinzugefügt hat: „Was man nicht kaufen kann, kann man auch nicht essen", so hat er zwar eine Binsenwahrheit ausgesprochen; aber sie hervorzuheben, ist durchaus notwendig. Wenn in Zukunft die Gesetzgebung[1]) es vermeidet, die Lebensmittelpreise zugunsten an sich schon bevorzugter kleiner Volkskreise, aber zum Nachteil der breitesten Volksmassen zu verteuern, so wird dadurch schon ein sehr bedeutungsvoller Fortschritt im Vergleich zu den Zuständen vor dem Kriege erzielt werden.

Aber unter den großen und umfassenden Aufgaben, die auf dem Gebiet des Nahrungswesens im Deutschen Reich vorliegen, handelt es sich nicht nur darum, Fehler zu verhüten. Es erhebt sich vor allem die Frage, ob es zum Zwecke einer die hygienischen Lehren berücksichtigenden Volksernährung notwendig und möglich ist, zu einer völlig neugestalteten Nahrungsmittelerzeugung im Sinne von Hindhede (S. 99) überzugehen.

[1]) Nachträglicher Zusatz: Soeben (10. Juli 1924) melden die Zeitungen, daß die Reichsregierung dem Reichswirtschaftsrat den Entwurf eines Gesetzes übermittelt hat, wonach die Lebensmittelzölle etwa in der Art, wie sie bis zum 4. August 1914 gestaltet waren, wieder eingeführt werden sollen. Bei der gegenwärtigen politischen Lage ist mit der Verabschiedung eines solchen Gesetzes zu rechnen. Die hygienischen Mißstände, die dieses den Grundforderungen der Gesundheitspolitik zuwiderhandelnde Gesetz zeitigen wird, lassen sich unschwer voraussehen. Unsere Politiker sind eben keine Hygieniker. (Vgl. S. 5 u. 38.)

Wäre die Lehre von Hindhede bereits völlig erwiesen, so müßte Deutschland unzweifelhaft im Interesse seiner wirtschaftlichen Unabhängigkeit je eher je besser die Viehzucht auf das äußerste einschränken und sich mit laktovegetabilischen Nahrungsmitteln begnügen. Aber unter allen Umständen muß der Vorschlag des dänischen Forschers erwogen werden.

Der Fleischgenuß, wie er sich in den letzten Jahrzehnten vor dem Krieg in Deutschland entwickelt hatte, muß sowohl im gesundheitlichen Interesse der Verbraucher, soweit sie überernährt sind, als auch vor allem aus vaterländischen Gründen eingedämmt werden. „Wir haben uns", schrieb Walter 1917 zutreffend, „in die teuerste Lebenshaltung — man verzeihe den derben Ausdruck — förmlich festgefressen und sehen uns dabei in die Unmöglichkeit versetzt, bei der notwendig gebotenen Zunahme der Bevölkerung uns ausreichend zu erhalten." Walter hält daher eine Abkehr von der Fleischkost in der Richtung zum Vegetarismus für notwendig, wenn wir nicht auf die abschüssige Ebene gelangen wollen. Diese Gedanken sind nicht von der Hand zu weisen. Es fragt sich nur, wie wir sie verwirklichen können. Man sieht sogleich, daß durch gesetzgeberische Maßnahmen allein hier keine Hilfe zu schaffen wäre, wenn nicht das ganze Volk entsprechend unterrichtet und sittlich erzogen ist, seine Torheit und Leidenschaft zu zügeln. Solche Belehrungs- und Erziehungsmaßnahmen im größten Umfange sollten auf alle Fälle, selbst wenn man den Plan Hindhedes ganz außer acht läßt, durchgeführt werden. Und hiermit muß in ruhigen Zeiten, nicht erst wenn die furchtbarste Nahrungsmittelnot bereits wiedergekehrt sein sollte, begonnen werden. Wie J. P. Frank die Lässigkeit bei der Seuchenbekämpfung mit der erst nach Beginn des Dorfbrandes erfolgenden Herrichtung der Feuerspritze verglichen hat, so betonte Rubner schon 1913 hinsichtlich der Ernährungsprobleme, daß „wir statt einer vernünftigen, vorbedachten und dauernden Fürsorge Zeiten haben, in denen man sich nicht im geringsten um diese Frage kümmert, und Zeiten, in denen überhastete Maßregeln getroffen werden, um einen Übelstand, den man lange vorher hätte ahnen können, zu beseitigen. Es fehlt eben an jeder Organisation, die das öffentliche Ernährungswesen dauernd unter Aufsicht behält."

Man kann nun gegen diese Vorschläge einwenden, daß Speisegesetze von einem Volke nur befolgt werden, wenn sie, wie z. B. bei den Juden oder Mohammedanern, Religionsvorschriften sind, und daß wir Gebote solcher Art nicht einführen können. Hierauf ist aber zu antworten, daß die Gestaltung der Sitten und Gebräuche wesentlich von dem Beispiele der angesehensten Männer und Frauen des Staates abhängt. Eine Landesfürstin, die ihre Kinder gestillt hat, beeinflußte die Gesundheitsverhältnisse des Volkes dadurch mehr als durch alle Säuglingsfürsorgemaßnahmen, die sie begründete und beschützte. Wenn die wirklich vornehmen Reichen ihre Kost in den eigenen Häusern und in Gasthäusern einfacher gestalten würden, so würden die Ansprüche beim Essen und Trinken im ganzen Volke bescheidener werden. Vor allem müßten die Gebildeten damit beginnen, ihre Kinder hinsichtlich des Fleischgenusses entsprechend den neuen Lehren zu erziehen; es ist ja bekannt, daß ein Mensch, in dessen Seele während der Kinderjahre ein Abscheu gegen gewisse Speisen erregt wurde, auch als Erwachsener diese Abneigung nicht ablegt. Wie der strenggläubig erzogene Jude das Schweinefleisch und die Nachkommen vegetarisch lebender Eltern jedes Fleisch abweisen, so würden alle Menschen den Fleischgenuß, statt ihn, wie jetzt, zu wünschen, ablehnen, wenn sie als Kinder nicht förmlich gezwungen worden wären, die Fleischspeisen, gegen die sich die meisten Kinder bekanntlich sträuben, zu essen.

Naturgemäß kann die in Rede stehende Erziehung nur allmählich in weiten Kreisen durchgeführt werden und erst nach langer Zeit Früchte tragen. Dem Verlangen der gegenwärtigen Generation, soweit es sich um Erwachsene handelt, nach Fleisch muß mithin in gewissem Unfange entsprochen werden, um Unzufriedenheit zu verhüten. Dies darf aber nicht daran hindern, immer mehr die Lehre zu verbreiten, daß der Fleischgenuß entbehrlich ist und im Deutschen Reich aus vaterländischen Gründen möglichst eingeschränkt werden soll.

Neben den genannten Mitteln zur Verbesserung der Volksernährung kommen noch andere umfassend wirkende Maßnahmen in Betracht. Hier ist vor allem darauf hinzuweisen, daß auch eine weitblickende Verkehrspolitik die Nahrungsmittel verbilligt. Sodann wird das Nahrungswesen auch vom Wohnungs- und Siedlungswesen stark beeinflußt; hierauf soll jedoch erst im nächsten Abschnitt eingegangen werden. An dieser Stelle sei nur noch darauf hingewiesen, daß auch die Kleingärten[1]) von nicht unbeträchtlichem Wert für die Volksernährung sind.

Von hoher Bedeutung für die Zustände im Nahrungswesen sind sodann die Verhältnisse in den einzelnen Gemeinden und Familien. Mit Recht ist die zusammenfassende Forderung: „Für die Stadtverwaltung tatkräftige, wackere Oberbürgermeister, für die Familie hauswirtschaftlich leistungsfähige Frauen“ erhoben worden.

Daß die großen Städte jetzt Wasserleitungen, Markthallen, Schlachthäuser, Kühlhallen und andere hierhin gehörende gesundheitstechnische Einrichtungen besitzen, ist fast eine Selbstverständlichkeit; wo die eine oder andere dieser Maßnahmen noch nicht vorhanden ist, da fehlt es weniger am Wissen oder am guten Willen, als an den erforderlichen Geldmitteln. Diese Fragen können daher, vom Standpunkte der Wissenschaft aus, als gelöst betrachtet werden. Aber neben diesen bisherigen Aufgaben der Stadtverwaltungen traten in den letzten Jahren noch andere, die sich auf die Beschaffung billiger Nahrungsmittel für die breiten Volksmassen erstrecken, immer mehr in den Vordergrund. Die Städte haben hierbei zwei Möglichkeiten, um gegen die Notlage anzukämpfen: 1. Sie bewirken oder unterstützen die Beschaffung von Rohstoffen, um so die Nahrungsmittelpreise zu verringern; und 2. sie verabreichen fertig hergestellte Mahlzeiten gegen ein geringes Geld bezw. sie fördern entsprechende Maßnahmen, die von Wohlfahrtsvereinen oder Arbeitgebern geschaffen wurden. Wie wertvoll die Kost der Volksküchen[2]) im Vergleich mit der von privatwirtschaftlichen Unternehmungen ist, hat Kißkalt gezeigt; in Berlin kostete 1908 eine Volksküchenmittagsmahlzeit, die 1260 Kalorien mit 40,8 g Eiweiß enthielt, nur 30 Pfennig, während man für die 1030 Kalorien mit 48,7 g Eiweiß in der Restaurationsmahlzeit 1,25 Mark entrichten mußte. Aber vielfach sind die Massenspeisungen gar zu geschmacklos und zu eintönig; selbst bescheidene Verbraucher halten dann mit ihren Klagen nicht zurück. Auf die ausgedehnte und dankenswerte Wirksamkeit der sog. Quäkerspeisung kommen wir noch in dem Abschnitt „Schulkinder“ zurück.

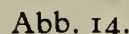
---

[1]) Siehe die Fußnote 1 S. 132.

[2]) Hingewiesen sei hier auf die segensreiche Wirksamkeit des Engländers Benjamin Thompson (Graf von Rumford), der in München Ende des 18. Jahrhunderts neben anderen gemeinnützigen Maßnahmen auch die erste Volksküche schuf; hier wurde die (späterhin so benannte Rumford-) Suppe, die aus Gerstengraupe, Erbsen, Kartoffeln, Schnitten feineren Weizenbrotes hergestellt war, zum Selbstkostenpreis verabreicht. (Siehe M. Rubner: „Zur Vorgeschichte der modernen Hygiene“, Rede, Berlin 1905.) — Die erste Volksküche in Berlin wurde 1866 von Lina Morgenstern gegründet.

Daß auch eine umfassende Neugestaltung des Wirtshauswesens nach dem Vorbilde schon bestehender Gaststätten — genannt sei z. B. das Volkshaus in Zürich, wo für billiges Geld einfach zubereitete, fleischlose Kost ohne Trinkzwang verabreicht wird — einen großen Einfluß auf die Volksernährung ausüben würde, steht außer Zweifel.

Des weiteren sei darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, daß die Hausfrauen im Kochen gut ausgebildet sind. Ein englischer Volkswirt hat berechnet, daß die (der Führung eines Haushalts oft unkundigen) englischen Hausfrauen jährlich etwa 2 Milliarden Mark ver-


Abb. 14.



Schulküche in einer Karlsruher Volksschule.

geuden. Wie dem auch sein mag, sicher ist, daß aus Unkenntnis viele wertvolle Stoffe verschwendet oder nicht gehörig ausgenutzt werden. Daher müssen die Mädchen in den Schulen und Fortbildungsschulen und, soweit nötig, die Arbeiterfrauen in besonderen Kursen Kochunterricht erhalten. Zahlreiche Gemeinden haben für trefflich eingerichtete Schulküchen gesorgt; in unserer Abbildung 14 geben wir ein Beispiel hierfür, das aus einer Karlsruher Volksschule stammt.

Ferner sei auch an dieser Stelle auf den hohen Wert der Volksbelehrung über die hygienischen Gesetze der Ernährung hingewiesen.

Schließlich ist noch zu betonen, daß auch die Konsumgenossenschaften (Lebensbedürfnisvereine) sehr günstig auf die Volksernährung einwirken, da sie besonders durch Einkauf im großen ihren Mitgliedern die Nahrungsmittel gewöhnlich zu geringeren

Preisen, als sie von den Kleinhändlern gefordert werden, abgeben können. Die Konsumvereine[1]), die sich, wie in England, so auch bei uns, aus kleinsten Anfängen entwickelt haben, stellen jetzt machtvolle Genossenschaften dar. Im Jahre 1880 gab es in Deutschland nur 645, 1900 jedoch schon 1528, 1913 bereits 2417 und 1921 (letztes Berichtsjahr) 2411 Vereine. Die Mitgliederzahl ist von 800051 im Jahre 1903 auf 1448015 im Jahre 1913 und auf 4000000 Ende 1921 gewachsen.

Auch die Hausfrauenvereine dienen dadurch, daß sie einen Einfluß auf die Nahrungsmittelpreise ausüben, der Volksgesundheit.

Literatur: *1.* ***E. Abderhalden:*** *„Die Grundlagen unserer Ernährung unter Berücksichtigung der Jetztzeit", Berlin 1917. — 2.* ***R. Abel:*** *a) „Hygiene d. Ernährung und d. Nahrungsmittel", Abhandl. im Handb. d. prakt. Hyg., Jena 1913; b) „Die Hebung der Volkskraft durch Ernährung und Körperpflege", siehe Bericht über d. 40. Versamml. d. Vereins f. öffentl. Gesundheitspfl., Braunschweig 1921. — 3.* ***G. Albrecht:*** *„Praktische Maßnahmen zur Förderung der Volks-, insbesondere der Arbeiterernährung", Arbeiterfreund 1914 Heft 2. — 4.* ***R. H. Chittenden:*** *„Economy in food", übersetzt von Suchiert, München 1911. — 5.* ***Decker:*** *„Eiweißbedarf u. Fleischteuerung", Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 16. — 6.* ***H. Determann:*** *„Die vegetarische Lebensweise bei Gesunden", Beihefte z. Med. Klinik 1909 Heft 3. — 7.* ***F. Eulenburg:*** *„Die Bedeutung d. Lebensmittelpreise f. d. Ernährung", Abhandl. im Handb. d. Hyg. 2. Aufl. 3. Bd. 1. Abt., Leipzig 1913. — 8.* ***M. Faßbender:*** *a) „Die Ernährung des Menschen in ihrer Bedeutung für Wohlfahrt und Kultur", Berlin 1905; b) „Ernährungsfrage und Politik und — Ethik". Bericht in „Soziale Kultur" 1909, Oktoberheft; siehe auch den Nachtrag in „Soziale Kultur" 1910 Januarheft. — 9.* ***C. Flügge:*** *„Grundriß d. Hygiene", 9. Aufl., Berlin 1921. — 10.* ***J. Forster:*** *„Ernährung u. Nahrungsmittel", Abhandl. im Handb. d. Hyg. u Gewerbekrankh., Leipzig 1882. — 11.* ***J. P. Frank:*** *„System einer vollständigen med. Polizey" 3. Bd., Mannheim 1782. — 12.* ***A. Gottstein:*** *„Volksspeisung, Schulkinderspeisung, Notstandsspeisung, Massenspeisung", Abhandl. im Handb. d. Hyg. 2. Aufl. Ergänzungsband 2. Abt., Leipzig 1922. — 13.* ***A. Grotjahn:*** *a) „Über Wandlungen i. d. Volksernährung", Staats- u. sozialwissenschaft. Forschungen 1902 Bd. 20 Heft 2; b) „Soziale Pathologie" (2. Aufl.), Berlin 1915. — 14.* ***M. Hindhede:*** *a) „Eine Reform unserer Ernährung. Lebe gesund! Lebe kräftig! Lebe billig!" übersetzt von G. Bargum, Kopenhagen bezw. Leipzig 1908; b) „Moderne Ernährung", deutsche Ausgabe, bearbeitet von v. Düring, Berlin 1915; c) „Die neue Ernährungslehre", übersetzt von F. Landmann, Dresden 1922. — 15.* ***F. Hirschfeld:*** *a) „Untersuchungen über den Eiweißbedarf des Menschen", Pflügers Arch. für die gesamte Physiologie d. Menschen u. d. Tiere, 1887 Bd. 41 S. 533 ff.; b) „Betrachtungen über die Voitsche Lehre vom Eiweißbedarf des Menschen", ebenda 1888 Bd. 44 S. 428 ff.; c) „Die Ernährung in ihrem Einfluß auf Krankheit und Sterblichkeit", Abhandl. in „Krankheit und soziale Lage", München 1913. — 16.* ***J. Kaup:*** *„Ernährung und Lebenskraft der ländlichen Bevölkerung", Berlin 1910. — 17.* ***K. Kißkalt:*** *a) „Untersuchungen über d. Mittagessen i. verschiedenen Wirtschaften Berlins", Arch. f. Hyg. Bd. 66; b) „Nahrungswesen", Abh. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; c) „Eiweißbedarf und Fleischteuerung", Münch. med. Wochenschrift 1914 Nr. 20. — 18.* ***W. Kruse:*** *a) „Was tut unserer Volksernährung not?" Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 1; b) Kruse und Hintze: „Sparsame Ernährung. Nach Erhebungen im Krieg und Frieden", Dresden 1922. — 19.* ***H. Lichtenfelt:*** *„Die Geschichte der Ernährung", Berlin 1913. — 20.* ***A. Löwy:*** *„Unterernährung", Art. in „Ergebnisse d. gesamt. Medizin" Bd. 2, Berlin 1921. — 21.* ***R. E. May:*** *a) „Kosten der Lebenshaltung und Entwicklung der Einkommensverhältnisse in Hamburg seit 1890", Schriften d. Vereins f. Sozialpolit. 1915 Bd. 145 Teil 4; b) „Einwände gegen Verminderung des Schweinebestandes", Berl. Klin. Wochenschr. 1917 Nr. 48, 49 und 53, 1918 Nr. 2 und 3; c) „Deutschlands Bedarf an Körnerfrüchten vor und nach dem Kriege, insbes. in der Übergangszeit", Arch. f. Sozialw. und Sozialpol. 1919 Bd. 46 Heft 2. — 22.* ***P. Mombert:*** *„Das Nahrungswesen", Abh. im Handb. d. Hyg. (1. Aufl.) 4. Supplementbd., Jena 1904. — 23.* ***C. v. Noorden:*** *„Überernährung und Unterernährung", Abh. in „Die deutsche Klinik", Berlin 1902 Bd. III. — 24.* ***Fr. Oesterlen:*** *a) „Handbuch der Hygieine" (1. Aufl.), Tübingen 1851,*

---

[1]) Siehe „Jahrbuch des Zentralverbandes deutscher Konsumvereine", Jahrg. 20, Hamburg 1922. — Sombart schildert in seinem Werk „Sozialismus und soziale Bewegung", Jena 1908, wie an einem dunklen Dezembertag 1844 in der kleinen Stadt Rochdale der erste Konsumvereinsladen in einer Hintergasse unter dem Hohngelächter der Straßenjugend und dem Spott neugieriger Kaufleute eröffnet wurde. Der Laden war nur zweimal wöchentlich abends geöffnet; der Warenvorrat war winzig. Die 28 Vereinsmitglieder gehörten sämtlich dem Proletariat an.

(3. Aufl.), Tübingen 1876; b) „Die Hygieine und die Medizin", Zeitschr. f. Hygieine, med. Statistik und Sanitätspolizei 1860 Bd. 1. — *25.* **M. v. Pettenkofer** *und* **C. Voit:** *a) „Untersuchungen über den Stoffverbrauch d. normalen Menschen", Zeitschr. f. Biolog. 1866 Bd. 2 S. 459 ff.; b) M. v. Pettenkofer: „Über den Werth der Gesundheit für eine Stadt", Braunschweig 1873.* — *26.* **E. Reich:** *„System d. Hygieine", Leipzig 1870.* — *27.* **M. Rubner:** *a) „Volksernährungsfragen", Leipzig 1908 (mit zahlreichen Literaturangaben über die früheren Arbeiten); b) „Wandlungen in der Volksernährung", Leipzig 1913; c) „Volksernährung", siehe Bericht ü. d. Verhandl. d. 8. Konferenz d. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt Okt. 1915, Berlin 1916; d) „Die Kriegserfahrungen ü. d. Volksernährung", Halbmonatsschr. f. soz. Hyg. und prakt. Mediz. 1918 Nr. 24 und 25; e) „Die Aushungerung Deutschlands", Berl. Klin. Wochenschr. 1919 Nr. 1.* — *28.* **v. Tyszka:** *„Die gegenwärtige Ernährungslage des deutschen Arbeiters im Vergleich zur Vorkriegszeit", Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 34.* — *29.* **C. Voit:** *a) siehe oben Ziffer 25a; b) „Über die Theorien der Ernährung der tierischen Organismen", Akademievortrag, München 1868; c) „Anforderungen der Gesundheitspflege an die Kost in Waisenhäusern, Kasernen, Gefangenen- und Altersversorgungsanstalten sowie in Volksküchen", Vortrag, siehe d. Bericht d. D. Vereins f. öff. Gesundheitspfl. in d. D. Viertelj. f. öff. Ges. 1876 Heft 1; d) „Untersuchung d. Kost in einigen öffentl. Anstalten", München 1877.* — *30.* **Fr. Walter:** *a) „Naturgemäßes Leben u. d. deutsche Kultur", Innsbruck 1917; b) siehe Literatur S. 7 Ziffer 15.* — *31.* **W. Weitzel:** *„Die neuentdeckten lebenswichtigen Nährstoffe, Vitamine", München 1921.* — *32.* **A. Wondzinski:** *„Findet i. d. gegenwärtigen Volksernährung Deutschlands d. Qualität d. Nahrung besonders hinsichtlich d. Vitamingehalts d. genügende Berücksichtigung?" Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1924 Bd. 15 Heft 3 und 4.*

4. Wohnungswesen.

Die Wohnungsfrage wurde vor dem Kriege vielfach als das wichtigste sozialhygienische Problem bezeichnet. In diesem Sinne hat sich z. B. 1912 Hüppe geäußert, allerdings mit dem Zusatz, daß gelegentlich das Wohnungswesen von dem Nahrungswesen an Bedeutung noch übertroffen werden kann. Auch Gretschel hat 1914 die Wohnungsfrage für den Mittelpunkt aller sozialen Bestrebungen erklärt, ganz zu schweigen von den Übertreibungen, mit denen manche Wohnungsreformer ihre Ziele zu erreichen suchten. Mit Recht hat Flügge gerade im Hinblick auf die Vorgänge im Wohnungswesen betont, daß man bei der wissenschaftlichen Arbeit anders verfahren muß, als in Reklameschriften. Die Angaben, die aus der Propaganda stammten, wurden oft kritiklos übernommen und verbreitet, und so entstand eine jetzt nicht leicht zu beseitigende Verwirrung in weiten Kreisen, die das Wünschenswerte von dem Notwendigen und Erreichbaren nicht zu unterscheiden wissen. Weist doch auch Gretschel darauf hin, daß bei Schilderungen der Wohnungsverhältnisse und ihrer Folgen vielfach weit über das Maß des Begründeten hinausgegangen wurde. Durch phantastische Darstellungen und übertriebene Forderungen wird nur geschadet. Dies gilt nicht allein für das Wohnungswesen, sondern z. B. auch, wie wir sehen werden, für das Gebiet der Rassehygiene.

Die Kriegserlebnisse haben nun aber die Bedeutung des Nahrungswesens in den Vordergrund gerückt. Daher hat Krautwig[1]) in einem Vortrage auf der im Jahre 1922 veranstalteten Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege dargelegt: „Als die wichtigsten Faktoren nennt die soziale Hygiene für die Entwicklung des Menschen die Ernährung, die Wohnung, den Beruf." Und in der Aussprache bemerkte (vom Standpunkte der Kinderfürsorge aus) Rott: „Die Hauptsache ist heute die Ernährungsfrage, dann kommt die Beheizung und dann die gute Wohnung." Ich halte es, wie schon oben (S. 95) erwähnt wurde, nicht für ersprießlich, ein Gebiet der sozialen Hygiene höher als

[1]) „Bericht über die 43. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 1922 zu Frankfurt a. M.", Sonderabdruck aus „Ärztliches Vereinsblatt für Deutschland" Nr. 1274 vom 23. Januar 1923.

ein anderes zu bewerten. Es kann wohl sein, daß je nach Zeit und Ort eine Frage dringender als eine andere ist. Jedoch im allgemeinen muß sich der Sozialhygieniker, der sich nicht auf einen Teil seines Faches beschränkt, sondern das ganze Gebiet überblickt, von solchen Werturteilen, die dann bei der praktischen Betätigung auf Irrwege führen, freihalten.

Aber auch wenn die Wohnungsfrage nicht an die allererste Stelle gesetzt wird, so ist doch mit Nachdruck zu betonen, daß zahlreiche und enge Beziehungen zwischen Wohnung und Gesundheit bestehen.

Man muß unterscheiden zwischen Obdach und Wohnung. Der chinesische Kuli begnügt sich mit einem Loch, wo er sich bei Nacht aufhalten kann; der Europäer des 20. Jahrhunderts verlangt dagegen mit Recht ein Bett als Lager. Auf dem Gebiet des Wohnungswesens werden gleichzeitig gesundheitliche und moralische, auch ästhetische Ansprüche gestellt, und gerade hier zeigt es sich, wie eng Hygiene und Moral verbunden sind. Nur in einer den körperlichen und sittlichen Forderungen genügenden Wohnung kann sich ein inniges Familienleben entfalten. Eine solche Stätte vermag dann manche gesundheitlichen Nachteile auszugleichen. Hier finden die Erwerbstätigen Ruhe und Erholung nach getaner Arbeit, und von den Kindern werden die mannigfaltigen Schäden, die ihre körperliche, geistige und sittliche Entwicklung bedrohen, leichter ferngehalten.

Die Wohnungsfrage war im Deutschen Reich vor dem Kriege im wesentlichen eine Geldfrage; wer von seinem Einkommen, nachdem er die Ausgaben für die dringendsten Bedürfnisse, also insbesondere für die Nahrung, gedeckt hatte, eine hinreichende Summe behielt, konnte sich im allgemeinen unschwer eine den gesundheitlichen Vorschriften entsprechende Wohnung beschaffen. Weite Kreise verfügten aber, da im Verhältnis zu den Löhnen die Nahrungsmittelpreise, wie wir oben (S. 88 ff.) dargelegt haben, zu hoch waren, nicht über die Geldmittel, die für die Miete einer einwandfreien Wohnung erforderlich waren. So gab es vor dem Kriege fast nur eine Arbeiterwohnungsfrage, wenngleich zu gewissen Zeiten und an manchen Orten auch bei Angehörigen des Mittelstandes sich mißliche Verhältnisse zeigten. Das (S. 6 erwähnte) Wort Rubners „Eine Hygiene der oberen Zehntausend kenne ich nicht“ war hier nicht unangebracht, da der Wohnungsluxus, wofern er im Einklang mit dem Einkommen steht, zu gesundheitlichen Nachteilen nicht führt. Seit dem Kriegsende besteht aber in Deutschland eine allgemeine Wohnungsnot, von der mehr oder weniger auch die Kreise der Wohlhabenden zeitweise betroffen wurden.

Der Sozialhygieniker ist auf dem Gebiet des Wohnungswesens gegenwärtig vor ganz andere Fragen wie vor dem Kriege gestellt. Er muß seine Ansprüche noch mehr als je zuvor auf das Mindestmaß herabsetzen und darf im Hinblick auf die Geldverhältnisse nur fordern, was in Wahrheit unbedingt für die Gesundheit nötig ist.

Es gilt mithin auch hier, wie bei dem Nahrungswesen, Mindestforderungen aufzustellen. Aber auf dem Gebiet des Wohnungswesens ist man, anders als bei der Ernährung, nicht mit Hilfe von Laboratoriumsversuchen zu Grundsätzen, nach denen man sich in der Praxis zu richten hat, gelangt. Das Mindestmaß an Wohnungsquantität und -qualität, dessen der Mensch bedarf, um lebens- und arbeitsfähig zu sein, läßt sich nicht unmittelbar feststellen. Die ärztliche Erfahrung hat jedoch gelehrt, welche Eigenschaften einer Wohnung nicht anhaften dürfen, wenn von den Insassen die vermeidbaren Krankheiten ferngehalten werden sollen. Auf diesem Wege ist man zu gesundheitlichen Mindestanforderungen gekommen.

Wir müssen daher erst die Beziehungen von Wohnung und Krankheit näher beleuchten; dann werden die Mindestanforderungen zu erörtern sein. Im Anschluß hieran werden wir, soweit es möglich ist, die Wohnungsverhältnisse vor, während und nach dem Kriege schildern und hierbei untersuchen, welche kulturellen Einflüsse zu gesundheitswidrigen Zuständen geführt haben. Endlich werden die wichtigsten Maßnahmen, die vor und nach dem Kriege ergriffen oder vorgeschlagen wurden, um das Wohnungswesen zu verbessern, dargelegt werden.

a) Einfluß der Wohnung auf die Gesundheit.

Die Wohnung hat von jeher, geradeso wie die Kleidung, den Menschen dazu gedient, Schutz gegen die Unbilden der Witterung, gegen Niederschläge und Stürme, gegen Frost und Hitze zu bieten. Namentlich des Nachts bedurfte der Mensch einer Stätte, wo er sich ungestört dem kräftigenden Schlaf hingeben konnte. Mit zunehmender Kultur wurden der Behausung immer weitere Aufgaben zugewiesen; im Laufe der Zeit lebte und arbeitete man immer mehr im Hause. Die starke Mehrheit des deutschen Volkes hält sich jetzt den größten Teil des Tages in geschlossenen Räumen und nur kurze Zeit im Freien auf.

Der Mensch bedarf aber nicht nur des Schutzes gegen die klimatischen Einflüsse, sondern auch der frischen Luft und des Sonnenlichtes, die ihm beim Aufenthalt in der Wohnung nicht vorenthalten werden dürfen; Waldesgrün und Wiesenduft muß er genießen, um seine Stimmung und Arbeitsfreude zu beleben. Wenn die Wohnung finster und schlecht lüftbar ist, wenn kein Stückchen Feld, kein Garten, kein Baum weit und breit in der Umgebung der Wohnung zu sehen ist, treten Krankheiten mannigfacher Art auf, und dies um so mehr, je enger die Menschen beieinander wohnen, je mehr Personen sich in die Luft eines eng bemessenen Raumes teilen und je größer die von keiner Gartenanlage unterbrochene Häusermasse ist.

Freilich ist der Nachweis, daß gerade die Wohnung zu Krankheiten führt oder ihre Entstehung begünstigt, oft schwer zu führen. Denn schlechte Wohnungsverhältnisse sind in der Regel mit den vielen sonstigen Erscheinungen des sozialen Elends verbunden. Flügge[1]) erklärte daher fast sämtliche Arbeiten, in denen der Einfluß der Wohnung auf die Entstehung von Krankheiten bewiesen werden sollte, für völlig wertlos. Auch auf der erwähnten Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege konnten die Berichterstatter Krautwig[1]) und Kaup[1]) einwandfreie Zahlenangaben nicht bieten, um die Beziehungen zwischen Wohnung und Krankheit, die man empfindungsmäßig als vorhanden angesehen hatte, zu kennzeichnen. Daraus ergibt sich, wie lückenhaft der Tatsachenstoff, auf den übertriebene Forderungen aufgebaut wurden, noch ist. Das Wesentliche, was hinsichtlich des Zusammenhangs der Wohnungsverhältnisse mit den Gesundheitszuständen feststellbar ist, soll nun geschildert werden.

Durch eingehende Untersuchungen ist von mehreren Seiten nachgewiesen worden, daß feuchte Wohnungen zu Erkältungskrankheiten führen, schon bestehende Erkrankungen verschlimmern, die Widerstandskraft des Körpers verringern, auf das Allgemeinbefinden, namentlich der Kinder, ungünstig einwirken und die Entwicklung ansteckender Keime sowie die schnelle Zersetzung der Nahrungsmittel begünstigen. Auch die lichtarme

[1]) Es ist bezeichnend für die Gesinnung gewisser zu Übertreibungen neigender Wohnungsreformer, daß diese wissenschaftlichen Darlegungen von Flügge, Krautwig und Kaup auf den Berichterstatter der Zeitschrift für Wohnungswesen (1922 Heft 19 S. 235) „befremdlich gewirkt" haben.

Wohnung birgt gesundheitliche Gefahren in sich. „Wo die Sonne nicht hinkommt, da kommt der Arzt hin", lautet ein altes Sprichwort, dessen Wahrheit man, namentlich nachdem der bakterientötende Einfluß des Sonnenlichtes erkannt wurde, vollauf würdigt. Der Mangel an Sonne in den Wohn- und Arbeitsräumen schädigt die Blutbildung, was besonders oft bei Kindern und jungen Mädchen zu beobachten ist. Auch die Rachitis wird in solchen Räumen gefördert. Sonnenarme Wohnungen sind kalt und finster; für Ordnung und Sauberkeit in ihnen zu sorgen ist oft schwierig, und eine rechte Lebensfreude wird man in ihnen selten finden. Das Verlangen nach dem Wirtshausbesuch wird bei den Insassen solcher Wohnungen gestärkt; Wohnungselend und Alkoholismus hängen psychologisch zusammen. Warme Wohnungen, die sich nicht leicht abkühlen lassen, sind in den heißen Monaten besonders für künstlich genährte Säuglinge gefährlich, wie namentlich von Kathe sowie von Rietschel dargelegt wurde. Hoch gelegene Wohnungen sind für Herzkranke, Asthmatiker, Rekonvaleszenten und schwangere Frauen ein Anlaß zu Beschwerden.

Zu den ärgsten Mißständen in hygienischer und sittlicher Hinsicht führt die überfüllte Wohnung. Wenn nicht genügend Räume vorhanden sind, kann sich das Familienleben nicht entfalten. Viele Ehepaare schränken den Geschlechtsverkehr ein aus Furcht vor dem Familienzuwachs, für den kein Raum vorhanden ist. Bei den größeren Kindern, die mit den Eltern in gleichem Raume schlafen müssen, wird die Sinnlichkeit vorzeitig geweckt. Am schlimmsten ist es, wenn in engen Wohnungen Schlafgänger aufgenommen werden müssen oder mehrere Familien hausen. Hier wird dann die Sittlichkeit aufs schwerste bedroht und der außereheliche Geschlechtsverkehr mit allen seinen Folgen begünstigt.

Bei großer Wohndichte können die akuten Infektionskrankheiten, Scharlach, Diphtherie, Ruhr, Typhus usw., leicht verbreitet werden. Dies gilt auch für die Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, namentlich wenn die Wohnungen so eng sind, daß nicht für jeden Kranken ein eigenes Bett aufgestellt werden kann.

Wir sehen mithin, daß die Wohnung je nach ihrer Art mit vielen Krankheiten zusammenhängen kann. Hierzu ist jedoch mancherlei noch zu bemerken.

Äußerst gefährlich war es früher, wenn sich in überfüllten Stadtvierteln Infektionskrankheiten zeigten. Hierin ist aber, seitdem man die ansteckenden Krankheiten durch rechtzeitige ärztliche Behandlung, frühzeitige Diagnose, Krankheitsanzeige, Isolierung in Krankenhäusern und Wohnungsdesinfektion erfolgreich zu bekämpfen gelernt hat, in den letzten Jahrzehnten ein erfreulicher Wandel zu beobachten. Die Engräumigkeit hat in dieser Hinsicht nicht mehr die ehemalige Bedeutung. Während, nach Angaben von Krautwig[1]), 1913 in Köln 937 Scharlachfälle mit 43 Doppelfällen und 964 Diphtherieerkrankungen mit 30 Doppelfällen gezählt wurden, stellte man 1921 trotz der inzwischen eingetretenen Wohnungsüberfüllung nur 933 Scharlachfälle mit 38 Doppelfällen und 891 Diphtherieerkrankungen mit 23 Doppelfällen fest. Auch Typhus und Ruhr haben in den großen Städten trotz der Wohnungsnot nicht zugenommen. Man sieht hier, daß diese hygienischen Gefahren der Wohnungsmißstände durch die ärztliche Tätigkeit sowie durch Maßnahmen der Gesundheitspolizei und -technik erheblich vermindert worden sind.

Auch die Bedrohung der Säuglinge durch heiße Wohnungen kann wesentlich durch geeignete Fürsorgemaßnahmen eingeschränkt werden. In dem heißen Jahr 1921 war

[1]) Siehe die Fußnote Seite 123.

die Säuglingssterblichkeit in den deutschen Städten mit 12,2% so gering wie nie zuvor, und dies trotz der Wohnungsüberfüllung, die zur Benutzung der früher verbotenen heißen Dachwohnungen zwang. Hier erkennt man deutlich den Segen der Reichswochenhilfe, durch welche die Stilltätigkeit erheblich gefördert worden ist.

Zu dem von manchen Wohnungsreformern vielfach benutzten, leicht irreführenden Schlagwort „Die Tuberkulose eine Wohnungskrankheit" ist folgendes zu bemerken: Das enge Beieinanderwohnen vergrößert sicherlich die Ansteckungsgefahr; aber die mangelhafte Wohnungsbeschaffenheit an sich übt auf die Tuberkuloseverbreitung[1]) keineswegs den Einfluß aus wie die Unterernährung. Dies geht aus den Erfahrungen während und nach dem Kriege deutlich hervor; denn die Tuberkulosesterblichkeit nahm während dem Kriege erheblich zu, trotzdem damals die Wohnungszustände noch nicht ungünstiger als vor dem Kriege waren, und sie wurde nach dem Kriege in dem Maße, wie sich die Ernährung besserte, geringer, obwohl sich die Wohnverhältnisse stark verschlechtert haben. Schon im Jahre 1905 hat Rubner darauf hingewiesen, „daß eine so innige Beziehung zwischen der Bebauungsdichtigkeit und der Tuberkulose sich nicht ergibt, wie man annimmt, vielmehr nur dort besteht, wo der Begriff Bebauungsdichtigkeit sich mit dem Begriff schlechter Quartiere deckt". Was unter einem schlechten Quartier zu verstehen ist, hat er zwar nicht erläutert; aber unzweifelhaft hat er hierbei an lichtarme, schwer lüftbare, schmutzige Wohnräume gedacht. Robert Koch[2]) hat in der letzten von ihm geschriebenen, erst nach seinem Tode (1910) veröffentlichten Arbeit zu der Frage „Wohnung und Tuberkulose" dargelegt, daß „es nicht so sehr die Wohnung im ganzen, sondern die Beschaffenheit des Schlafraums ist, welche die Gefahr der Ansteckung schafft. Selbst in einer geräumigen und an und für sich gesunden Wohnung kann die Ansteckungsgefahr eine sehr große werden dadurch, daß die Bewohner bei Nacht dicht zusammengedrängt in einem engen Schlafraum zubringen". Koch fordert daher die Isolierung der Kranken in Anstalten und die Verbesserung der Schlafräume. Mit den zahlreichen Arbeiten, in denen der Wohnung eine maßgebende Rolle bei der Tuberkuloseentstehung zugesprochen wird, hat sich auch Flügge eingehend befaßt; er schrieb:

„Die Vorstellung, daß die an Tuberkulose Verstorbenen in den Sterbehäusern die Krankheit erworben haben, ist offenbar für die Mehrzahl der Fälle unbegründet; die Bewohner sind vielmehr nach Ausbruch der Krankheit und infolge des dadurch eingetretenen wirtschaftlichen Niederganges vermutlich gezwungen worden, in so überfüllte Häuser und Wohnungen zu ziehen, und deshalb finden wir viele tuberkulöse Familien in den ungünstigsten Wohnungen."

Hervorzuheben sind aber hinsichtlich der Beziehungen von Wohnung und Krankheit noch einige Tatsachen. Zunächst ist zu betonen, daß die Wohnungspflege einen großen Einfluß auf die Gesundheitszustände ausübt. Jeder Kassenarzt weiß, wie sauber von ordentlichen Leuten auch eine sehr bescheidene Arbeiterwohnung gehalten wird, während man in Familien, wo gar kein Mangel herrscht, und die Wohnräume an sich völlig zureichend sind, oft vielerlei hygienische Mißstände findet, wenn es insbesondere der Hausfrau am Sinn für Reinlichkeit fehlt.

Von großer hygienischer Bedeutung ist sodann die Eigenart der Siedlung, in der sich die Behausung befindet. Auf die großen gesundheitlichen Unterschiede zwischen länd-

---

[1]) Vgl. oben S. 111; siehe auch A. Fischer: „Tuberkulose und soziale Umwelt. Eine Grundlage für die Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung"; Sozialhyg. Abhandl. Nr. 4, Karlsruhe 1921.

[2]) R. Koch: „Epidemiologie der Tuberkulose", Zeitschr. f. Hyg. und Infekt. 1910 Bd. 67 Heft 1.

lichen (kleinen) und städtischen (großen, industriereichen) Orten wurde ja schon wiederholt (S. 46 u. 59) hingewiesen. Hier sei nur noch betont, daß namentlich in den Städten, in denen sich zahlreiche Fabriken befinden, die Luft oft von Rauch und Ruß[1]) erfüllt ist, und daß sich dort viel mehr Nebel als in kleinen Orten finden. Nach Rubner nehmen die Nebel mit dem Kohlenverbrauch zu; in London hat man während der Monate Dezember bis Februar in den Jahren 1870—1875 nur 93, dagegen in den Jahren 1885—1890 bereits 156 Nebeltage gezählt, und Hamburg hat jährlich 126, Helgoland bezw. Sylt jedoch nur 39 bezw. 34 Nebeltage. In entsprechender Art gestaltet sich das Verhältnis hinsichtlich der Zahl der sonnenhellen Tage bezw. der Sonnenscheinstunden. Diese den großen Fabrikstädten anhaftenden Eigenschaften verursachen oder verschlimmern mannigfaltige Erkrankungen der Atmungswerkzeuge, des Blutes und der Nerven.

Wichtig für die Gesundheitsverhältnisse ist ferner auch die Entfernung der Wohnstätte von der Arbeitsstätte. Vielfach wird eine Wohnung außerhalb der Fabrikstadt in einem Vorort oder auf dem Lande gewählt, um an Ausgaben für die Miete zu sparen. Diese Absicht ist wohl zu billigen; aber ein Nutzen ergibt sich nur, wenn, wie in England, die Verkehrsmittel und Arbeitszeiten entsprechend gestaltet sind. In Deutschland führt jedoch die weite Entfernung des Wohnortes von der Arbeitsstätte häufig dazu, daß die Berufstätigen sich bei den vielen Hin- und Herfahrten abhetzen bezw. das Mittagessen nicht in ihrer Familie einnehmen; sie müssen sich dann zumeist entweder mit einem unzulänglichen (oft kalten) Mahl begnügen oder ihr Geld in das Wirtshaus tragen. Hierbei entstehen dann Erkrankungen des Verdauungs- und Nervensystems.

Schließlich ist noch zu erwähnen, daß die Gesundheit darunter leiden kann, wenn der für die Wohnung zu entrichtende Mietpreis einen bestimmten Anteil des Einkommens überschreitet. Denn wenn der Aufwand für die Miete zu groß wird, muß an den Ausgaben für die sonstigen Lebensbedürfnisse, insbesondere für eine hinreichende Ernährung, gespart werden, was dann zu Krankheitserscheinungen, die wir in dem vorigen Abschnitt geschildert haben, führen kann.

b) Mindestanforderungen an die Beschaffenheit der Wohnung.

Über die das Wohnungs- und Siedlungswesen betreffenden Anforderungen hinsichtlich des Grundwasserstandes, der Abwässer- und Fäkalienbeseitigung, der Wasserversorgung, des Straßenbaues, der Straßenreinigung und anderer Aufgaben der Gesundheitstechnik und -polizei ist man sich im wesentlichen einig. Auch über eine Reihe sozialhygienischer Ansprüche besteht Einstimmigkeit, so vor allem darüber, daß jede Familie für sich eine abgeschlossene Wohnung besitzen soll, daß die Behausung wenigstens Küche, Schlafraum, Keller und Abort aufweisen muß, und daß, wo erwachsene Kinder verschiedenen Geschlechts vorhanden sind, für getrennte Schlafräume gesorgt sein soll. Mit Recht wird gefordert, daß jedem Kranken ein nur von ihm benutztes Bett zur Verfügung stehen soll. Auf jeden Erwachsenen sollen wenigstens 20, auf jedes Kind wenigstens 10 Kubikmeter Wohnraum entfallen. Damit die Zimmer hinreichend belichtet und durchlüftet werden können, soll sich die Fensterfläche zur Grundfläche des Wohnraumes wenigstens wie 1:10 verhalten. Es soll mithin insbesondere verboten sein, daß mehrere Familien

[1]) Siehe L. Ascher u. E. Kobbert: „Verhütung von Rauch und Ruß in Städten", Handb. d Hyg., 2. Aufl. Bd. 2 Abt. 1, Leipzig 1912.

in einer Wohnung leben, Schlafgänger aufgenommen, fensterlose Räume zum Schlafen verwandt und Hinterhäuser, in denen eine Querdurchlüftung unmöglich ist, bewohnt werden.

Gefordert wird ferner allgemein, daß eine genügende Anzahl (etwa 3%) von Wohnungen der in Betracht kommenden Arten zur Auswahl für die Mieter vorhanden sein soll, und daß — nach den Begriffen der Vorkriegszeit — höchstens 20% des Einkommens für die Wohnungsmiete verausgabt werden dürfen.

Keine Einstimmigkeit bestand vor dem Kriege u. a. darüber, ob Dach- bezw. Kellerwohnungen für zulässig zu erklären sind. Dazu ist folgendes zu bemerken: Dachwohnungen sind oft sehr heiß, Kellerwohnungen feucht, kalt und finster. Es sollten daher namentlich Kellerräume, aber auch Zimmer in hoch gelegenen Dachstöcken, wenn irgend möglich, im allgemeinen ständig nicht benutzt werden. Hier ist auch darauf hinzuweisen, daß für jedes Haus, wenigstens in Deutschland, eine Unterkellerung unbedingt verlangt werden muß, weil sonst die Bewohner zu sehr der Bodenkälte ausgesetzt sind.

Diese Ansprüche ergeben sich aus unseren obigen Darlegungen über die Beziehungen der Wohnung zur Gesundheit ohne weiteres. Man muß aber hier unterscheiden zwischen den Anforderungen der Theorie und den der Praxis, d. h. der Verwaltungsbehörden; und es können nicht für alte Häuser von heute auf morgen die gleichen Einrichtungen wie für Neubauten verlangt werden. Schon vor dem Kriege waren die Verwaltungsbehörden gezwungen, ihre Ansprüche weit unter das theoretisch wünschenswerte Maß zu setzen, weil zu befürchten war, daß gar zu wenige von den vorhandenen Wohnungen als einwandfrei bezeichnet werden würden, und es unmöglich gewesen wäre, sogleich hinreichenden Ersatz für die beanstandeten Wohnungen zu beschaffen. In noch weit größerem Umfang trifft dies für die Gegenwart zu. Diese bedauerlichen Tatsachen muß der Sozialhygieniker scharf ins Auge fassen.

Ob der Sozialhygieniker einer Utopie nachjagen oder in absehbarer Zeit erfüllbare Forderungen stellen will, zeigt sich je nach der Art, wie er die Frage: Kleinhaus oder Mietskaserne? beantwortet. Über dieses ungemein wichtige Problem gehen die Ansichten noch weit auseinander.

Mit „Kleinhaus" wird zumeist das frei oder in Reihen stehende, mit Garten versehene Einfamilienhaus bezeichnet, während man bei dem Ausdruck „Mietskaserne" an ein den gesundheitlichen Forderungen hohnsprechendes, einen oder mehrere finstere Höfe umfassendes, von einem gewinnsüchtigen „Hausagrarier" verwaltetes Mietshaus, in dem, wie in Berlin, Tausende von Menschen Unterkunft finden müssen, denkt. Bei solcher Begriffsdeutung ist die Antwort auf die obige Frage nicht schwer; jeder wird das Einfamilienhaus der Mietskaserne vorziehen.

Wenn aber in einem Hause nur eine Wohnung vorhanden ist, dann fallen die Kosten für Grund und Boden, das Fundament und die Bedachung auch nur auf einen Mieter, während sich diese Ausgaben in einem Mehrfamilienhaus verteilen, so daß dann die Miete verhältnismäßig geringer sein kann. Diese unbestreitbare Tatsache ist um so bedeutungsvoller, als die Wohnungsfrage jetzt unzweifelhaft in erster Linie eine Baukostenfrage ist. Man muß daher untersuchen, ob nicht auch in einem großen Mietshause gesundheitlich einwandfreie Kleinwohnungen hergestellt werden können, und dies mit einem Aufwande, der den Mietpreis geringer als im Einfamilienhaus werden läßt. Voraussetzung ist hierbei, daß auf jede Wohnung nur eine Familie kommt, Schlafgänger ausgeschlossen

sind, die Zimmer genügend belichtet und durchlüftbar sind, jede Wohnung einen Abort hat, kein Hinterhaus vorhanden ist und zu jeder Wohnung ein Gärtchen gehört.

Gerade auf die Sorge für die Frei- und Grünflächen[1]) wurde in den letzten Jahrzehnten mit Recht der größte Wert gelegt. Aber diese Forderung ist nicht neu, und es ist ein Irrtum, zu meinen, daß sie nur bei dem verhältnismäßig teuren Einfamilienhaussystem erfüllt werden kann.

Für wie bedeutungsvoll Fr. Oesterlen[2]) es schon im Jahre 1851 gehalten hat, daß für Gelegenheit, leicht aus der Wohnung ins Freie zu gelangen, gesorgt wird, hat er folgendermaßen dargelegt:

„Daraus ergibt sich aber für jeden die hygieinische Regel, so oft als möglich das Freie aufzusuchen und jeden Tag eine gewisse Zeit außerhalb der Wohnung draußen in der freien Luft zuzubringen. Wann, wie oft und wie lange Zeit durch dies geschehen soll, darüber lassen sich freilich keine festen Regeln geben; hängt es doch von der ganzen Individualität, von den Lebensverhältnissen des einzelnen wie von Klima und Witterung ab.... Fast noch wichtiger als für Gesunde ist im allgemeinen der Genuß der freien reinen Luft für kränkliche Personen wie für wirklich Kranke und Rekonvaleszenten."

Daß das hygienische Bedürfnis nach Aufenthalt im Freien auch bei der Bauart des großen Mietshauses befriedigt werden kann, haben insbesondere die Gebäude der Aktienbaugesellschaft für kleinere Wohnungen in Frankfurt a. M. und des Vereins für Verbesserung der Wohnungsverhältnisse in München gezeigt. Namentlich auf Grund dieser Ergebnisse hat A. Fischer, der die über das erreichbare Ziel hinausschießenden Bestrebungen besonders der deutschen Gartenstadtbewegung zu beobachten Gelegenheit hatte, seit vielen Jahren immer wieder verlangt, daß neben dem System des Kleinhauses auch das des großen Mietshauses verwandt werden soll. Auch M. v. Gruber, auf den hauptsächlich sich die einseitigen Befürworter des Kleinhauses stützen zu können gemeint haben, hat 1907 folgendes angeführt:

„Das Prinzip bei Neusiedlungen muß sein, soviel als möglich jeder Familie wieder ihren abgesonderten Familiensitz zu schaffen, damit sie wieder boden- und heimatsständig und eigenartig werden kann. Ich habe absichtlich Familiensitz gesagt und nicht Familienhaus, da diese letztere Forderung unter unseren deutschen Verhältnissen, namentlich auch bei unserem Klima, zu große Baukosten beansprucht, um allgemein durchführbar zu sein. Es ist technisch sehr wohl möglich, zwei und vier und selbst acht Familien unter einem Dache so zu vereinigen, daß jede doch einen vollkommen abgeschlossenen Wohnsitz erhält, mit selbständigem Zugang und allem Zugehör, auch mit einem Stück Land, um Obst, Gemüse, Blumen zu pflanzen, um Geflügel, eine Ziege, ein Schwein oder eine Kuh zu halten.... Die bayerische Eisenbahnverwaltung hat nach diesem Muster bereits Wohnhäuser für ihre Beamten und Bediensteten zu bauen angefangen, welche ganz vorzüglich sind."

An dieser Stelle sei auf einen besonders beachtenswerten Siedlungsplan[3]) des genannten Münchner Vereins hingewiesen. Das Gelände erstreckt sich im Ausmaß von 12 Tagwerk westlich der Aidenbachstraße von der Boschetsrieder- bis zur Zielstattstraße. Die Siedlung, für 456 Wohnungen bestimmt, wird aus 8 Reihengruppen von je 5 zweistöckigen Häusern, 8 zweistöckigen Doppelhäusern und 24 ebenerdigen Einfamilienhäusern in 3 Reihen bestehen. Unsere Abbildung 15 gewährt eine Vorstellung des Planes. Bis jetzt sind, wie ich einer brieflichen Mitteilung entnehme, 2 Fünfhäuser- und 3 Zweihäuser-

[1]) Über die Ausdehnung der Grünflächen siehe S. Schott: „Grünanlagen im Jahre 1912 oder 1912/13", Abh. i. Statist. Jahrb. deutscher Städte Jahrg. 21, Berlin 1916.

[2]) Fr. Oesterlen: „Handbuch der Hygieine" 1851 S. 529.

[3]) Siehe den Aufsatz „Geplante Kleinwohnungsbauten in München", Zeitschr. f. Wohnungswesen in Bayern 1918 Jahrg. 16 Nr. 6—8 S. 132 ff.

blocks mit insgesamt 112 Wohnungen und 2 Läden ausgeführt. Unter den Mietern sind 69 unselbständige gewerbliche Arbeiter, 3 Privatbeamte, 5 Handlungsgehilfen, 32 staatliche und gemeindliche Angestellte und 3 Witwen.

Flügge hat 1916 betont, daß „ein Vergleich des großstädtischen Mietshauses mit der Kleinhaussiedlung für letztere eine wesentliche Überlegenheit in bezug auf die Ausbreitung der Infektionskrankheiten nicht erkennen“ läßt. Dies ist besonders zu beachten, weil Flügge für den Flachbau eintrat. Er empfahl aber auch das zweistöckige Haus, das, mit getrennten Gartenstücken versehen, bei einem Eingang und einem Treppenhaus zwei Familien aufnimmt, und hielt es für zu weitgehend, ausnahmslos für jede minderbemittelte Familie ein abgeschlossenes Einzelhaus zu verlangen. Ein Irr-

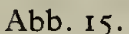
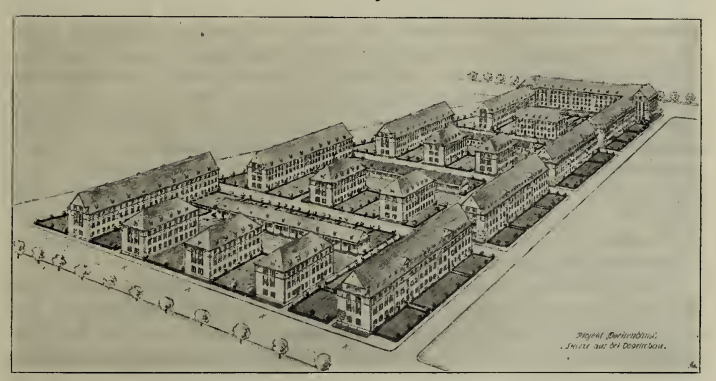


Abb. 15.



Plan für die Erbauung von Kleinwohnungshäusern in München.
Nach einer Steinzeichnung des Vereins für Verbesserung der Wohnungsverhältnisse in München.

tum war es aber, wenn Flügge meinte, daß die Besiedlungsdichte und das Wohnen in hohen Stockwerkhäusern den Großstädtern reichlichen Aufenthalt und Bewegung im Freien unmöglich macht. Selbst die Bewohner der oberen Stockwerke können leicht ins Freie gelangen, wenn in der Nähe des hygienisch gestalteten Häuserblocks für Gärten und Grünflächen gesorgt ist. Aber erfreulich ist, daß Flügge die hohe Bedeutung der Freiflächen mit allem Nachdruck hervorgehoben hat. Bei der Autorität des Berliner Hygienikers wurde gerade dieser Hinweis besonders beachtet. Für Freiflächen kann gesorgt werden, während die Forderung, alle Arbeiterfamilien in Ein- oder Zweifamilienhäusern unterzubringen, jetzt aussichtsloser als je ist. Auch Kaup[1] hat 1922 betont: „Wichtiger noch als die Wohnung erweist sich die Freifläche in der Nähe der Wohnung als deren Ergänzung.“

Vom gesundheitlichen Standpunkte aus liegt nicht nur kein Grund vor, das große Mietshaus abzulehnen, man wird es vielmehr unter den obwaltenden Zuständen als unentbehrlich bezeichnen müssen, während das System des Einfamilienhauses nicht zu den

[1]) Siehe die Fußnote Seite 123.

Mindestforderungen gerechnet werden kann. Tausende und aber Tausende Familien, namentlich solche, die noch kein oder nur ein Kind haben, wären glücklich, wenn sie in einem hygienisch einwandfreien Mietshause eine aus zwei Zimmern und Küche nebst Zubehör bestehende Wohnung finden würden. Eine solche Wohnung, in deren Nähe sich auch Spielplätze und Kleingärten[1]) befinden müßten, wäre zu erschwinglichen Preisen herzustellen, sie würde für die ersten Jahre nach der Eheschließung einigermaßen genügen und würde für zahlreiche Familien gegenüber den seit Jahrzehnten bestehenden Verhältnissen einen großen Fortschritt bedeuten.

In diesem Sinne haben sich in jüngster Zeit auch städtische Verwaltungsbeamte, die sich besonders eingehend mit dem Wohnungswesen befassen, geäußert. Die Nationalökonomin Lange[2]) (Halle a. S.) hat auf dem im Mai 1921 zu Köln veranstalteten Bevölkerungspolitischen Kongreß dargelegt, daß die das gewichtigste Wort sprechenden Einkommensverhältnisse unbefriedigend sind, so daß das Einfamilienhaus, das sich ja auch von den Mehrbemittelten nur wenige leisten können, vorläufig eine wirtschaftliche Utopie ist; trotz der Lohnerhöhungen herrscht noch große Bedürftigkeit, und den Vielverdienern stehen Hunderttausende, ja Millionen Erwerbsloser, die auch wohnen müssen, gegenüber. Bürgermeister Sembritzki[3]) (Steglitz) betonte 1922, daß angesichts der allgemeinen Verarmung in Deutschland neben dem Flachbau der Bau größerer Mietshäuser nicht vernachlässigt werden darf. Mit Recht wies er auch darauf hin, welcher Wert in den großen Häuserblocks, die nach der obenerwähnten Art von Frankfurt a. M. hergestellt sind, den Wohnungsergänzungen — dazu gehören gemeinschaftliche Badeeinrichtungen, Waschküchen, Trockenspeicher, Krippen, Kinderhorte und Kindergärten, Spielplätze, Lese- und Unterhaltungsräume für Erwachsene — zukommt.

Über die Baukosten bei den verschiedenartigen Wohnungssystemen liegen einige Angaben aus neuester Zeit vor. Im Jahre 1921 hat der Darmstädter Stadtbaurat Knipping[4]) dargelegt, daß die Verteuerung beim Zweistockwerkhaus gegenüber dem Dreistockwerkhaus nur etwa 10% (vielleicht auch etwas mehr) beträgt; er und die meisten anderen Wohnungsreformer halten den Unterschied, namentlich im Hinblick auf die Vorzüge des Flachbaues und den Ertrag des Gartens, für so geringfügig, daß sie lediglich das Kleinhaus befürworten. Aber es wird hierbei übersehen, daß man bei der Herstellung von wirklichen Kleinwohnungen auch solche mit zwei Zimmern und Küche, ja sogar solche mit einem Zimmer und Küche, für die ein weitgehendes und dringendes Bedürfnis vorhanden ist, ins Auge fassen muß. Für so kleine Wohnungen kann man keine Einfamilienhäuser bauen. Hier ist das große Mietshaus eine Notwendigkeit. „Für das Mehrfamilien-

[1]) Siehe Otto Möricke: „Die Bedeutung der Kleingärten für die Bewohner unserer Städte", Schriften d. Bad. Landeswohnungsvereins Heft 2, Karlsruhe 1912. — In dieser Schrift wird u. a. dargelegt, daß die früher „Schrebergärten" genannten Kleingärten in folgender Weise entstanden sind: Der Leipziger Arzt Schreber hat in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts mannigfache Wohlfahrtseinrichtungen vorgeschlagen. Erst nach seinem Tode suchte sein Freund, der Lehrer Hauschild, diese Gedanken zu verwirklichen, indem er Erziehungsvereine, die er Schrebervereine nannte, gründete. Um die Kinder zur Blumenpflege zu erziehen, wurden Gärten angelegt. So entstanden die Schrebergärten, die dann praktischen Zwecken dienten.

[2]) Siehe „Bericht der Verhandlungen des Bevölkerungspolitischen Kongresses der Stadt Köln", Köln 1921.

[3]) Siehe die Fußnote Seite 123.

[4]) Knipping: „Wirtschaftliche Notwendigkeiten beim Wohnungsbau", Zeitschr. f. Wohnungswesen 1921 Heft 11 u. 13.

haus hat ja", so wird berichtet, „der Berliner Spar- und Bauverein[1]) wertvolle Beiträge geliefert; aus seiner reichen Praxis heraus hat er Grundrisse herauskonstruiert, die den wirtschaftlichen und sozialen wie technischen Bedingungen vorzüglich entsprechen. Vier Wohnungen an einer Treppe sind grundsätzlich abgelehnt wegen der mangelnden Durchlüftbarkeit. Zwei Wohnungen an einer Treppe erschienen die idealste Lösung; sie war aber nicht wirtschaftlich genug, so daß man zu dem Auswege kam, drei Wohnungen an eine Treppe zu legen, bei denen links und rechts je eine größere durchtlüftbare Wohnung war, während die Mittelwohnung, meist ein bis zwei Zimmer mit Küche, ihre Durchlüftung durch den Treppenflur bekommen sollte." Besonders beachtenswert ist die Stellungnahme von J. Stübben[2]), auf den sich ja die einseitigen Wohnungsreformer jahrzehntelang berufen haben. Er erörterte 1921 die Frage, ob die Wohnungsnot durch Kleinhäuser oder durch größere Häuser zu bekämpfen ist, und gibt die einzig richtige Antwort: durch beides! Und weiter heißt es:

Nur der Kleinhausbau ist bisher mit Hilfe öffentlicher Mittel gepflegt worden. „Diese eine Erzeugungsart hat den Wohnungsmangel nicht zu beseitigen vermocht; im Gegenteil, er ist gestiegen .... Für den Wohnungsbau in Städten ist am zweckmäßigsten das dreigeschossige Wohnhaus mit drei bis sechs oder neun Kleinwohnungen. Auch vier Geschosse übereinander sind kein Unglück, wenn nur der Bau verständig geplant und ausgeführt ist. Derartige mehrgeschossige Miethäuser haben vor dem Kleinhause den in unserer Zeit sehr bedeutsamen Vorzug, daß sie unter besseren Verkehrs-, Heizungs- und Unterhaltungsbedingungen und bei verhältnismäßig geringeren Baukosten eine größere Zahl wirklicher Kleinwohnungen aufzunehmen und somit den Wohnungsmangel wirksamer abzuschwächen geeignet sind. Diese zweite Art der Herstellung neuer Wohnungen sollte von nun ab mehr gepflegt werden als bisher."

Aus diesen Darlegungen ergibt sich die Richtigkeit der von A. Fischer seit fast zwei Jahrzehnten immer wieder vertretenen Ansicht, die aber infolge der unerfüllbaren weitgehenden Versprechungen der Einfamilienhausbefürworter zum größten Schaden unserer Wohnungszustände nicht genügend zur Geltung kam.

Schließlich sei — schon an dieser Stelle — mitgeteilt, wie die Wohnungszustände im Mai 1918 in Preußen beschaffen waren. Hierüber unterrichten die in unserer Tafel 41 wiedergegebenen amtlichen Zahlen.

Man entnimmt der Tafel 41, daß mehr als die Hälfte aller Wohnungen Kleinwohnungen sind. Im günstigsten Falle handelt es sich bei diesen Wohnungen um drei Räume, sehr häufig aber nur um zwei und noch weniger Räume. Man sieht, wie groß die Zahl derjenigen ist, die außerstande wären, die Miete für ein Einfamilienhaus aufzubringen, und wie groß der Fortschritt wäre, wenn man für die hier in Betracht kommenden umfangreichen Volksmassen hygienisch einwandfreie Mietshäuser herstellen würde.

c) Zustände im Wohnungswesen.

Schon im Altertum gab es eine Wohnungsfrage, da sich damals bereits in manchen Städten gewaltige Menschenmassen angesammelt hatten. In Rom belief sich während der Kaiserzeit die Einwohnerzahl auf 1—2 Millionen; die oberen Klassen besaßen vornehme Paläste, die unteren Schichten waren in vielstöckigen Mietskasernen, deren es gegen 50000 gab, untergebracht.

In Deutschland zeigten alle Städte während des 13. Jahrhunderts ein rasches Wachstum. Daß dies auch damals zu mißlichen Verhältnissen geführt hat, läßt sich nicht hinreichend feststellen;

[1]) Siehe „Kleinwohnungsbau" Heft 3, Dresden 1919; besprochen in der Zeitschr. f. Wohnungswesen 1920 Heft 1 S. 24

[2]) Siehe den Aufsatz „Flachbau oder Hochbau?" in der Zeitschr. f. Wohnungswesen 1921 Heft 16 S. 208, wo über eine Arbeit, die J. Stübben in der Zeitschr. d. Vereins z. Wahrung wirtsch. Interessen d. Rhein. Bimsindustrie 1921 Nr. 4/5 veröffentlicht hat, berichtet wird.

Tafel 41.

Die Wohnungsgruppen innerhalb der einzelnen Ortsgrößenklassen in Preußen 1918.[1])

Von 100 Wohnungen waren:

in der Größenklasse	Kleinwohnungen	Von 100 Kleinwohnungen hatten						Mittelwohnungen	Großwohnungen
		nur eine Küche	1 Wohnraum ohne Küche	1 Wohnraum mit Küche	2 Wohnräume ohne Küche	2 Wohnräume mit Küche	3 Wohnräume ohne Küche		
A. Stadtkreis Berlin .	76,7	2,4	8,7	44,1	0,7	44,1	0,1	17,3	6,0
B. Zählgemeinden mit:									
über 100000 Einw. (ohne Berlin)	53,4	0,3	6,5	27,0	7,3	53,6	5,3	31,5	15,1
50000—100000 Einw.	51,2	0,3	7,6	26,9	8,6	52,1	4,6	34,2	14,6
25000— 50000 „	51,6	0,3	8,0	21,9	11,6	49,6	8,5	32,7	15,7
10000— 25000 „	52,9	0,5	11,6	23,5	12,4	44,5	7,5	31,0	16,1
5000— 10000 „	50,8	0,5	14,7	22,1	11,9	42,7	8,1	31,1	18,0
weniger als 5000 „ (Industrie- u. Vorortgemeinden.)	47,7	0,5	12,2	15,6	16,2	45,6	9,9	34,1	18,2

(Nach Warnack)

J. Fuchs meint, daß im allgemeinen eine Wohnungsnot im 13.—15. Jahrhundert nicht vorhanden war, da jeder Bürger im Besitz eines eigenen kleinen Hauses gewesen ist. Im 16. Jahrhundert sei aber an die Stelle des „Dreifensterhauses" das in Italien heimische Etagenhaus, das bei seiner Übertragung auf das Bürgerhaus schon äußerlich den Charakter des Mietshauses erkennen ließ, getreten. Wie es aber während des Mittelalters in gesundheitstechnischer Hinsicht auch in den weiter vorgeschrittenen Ländern aussah, schilderte Fr. Oesterlen 1851 in seinem „Handbuch der Hygieine" folgendermaßen:

„Die Straßen, unbedeckt mit Pflaster, bildeten einen großen Teil des Jahres viel mehr Sumpf und Morast als bequeme Wege für den Verkehr; schauerliche Kloaken und offene Gossen — unbekannt sogar mit dem Luxus eines schlichten Bretterverschlags, auch Düngerhaufen, Schweineställe umlagerten Häuser und Türen, und Schweine liefen wie die Hunde frei in den Gassen umher.... Unter unseren Schwärmern für mittelalterliche Zustände würden vielleicht manche zur alsbaldigen Aussöhnung mit ihrer Zeit gebracht werden, sobald sie genötigt wären, ihre Lucubrationen in den Häusern und Städten mit der Kost und in der Kleidung der gepriesenen alten Zeit vorzunehmen."

Interessant ist, was man in alten medizinischen Topographien über die Wohnungszustände liest. So bietet z.B. Formey[2]) über Berlin u.a. folgende Angaben: Im Jahre 1793 gab es, ohne die öffentlichen Gebäude, etwa 10000 Häuser, darunter über 3000 Hinterhäuser. „Bei dem großen Umfange von Berlin läßt sich nicht erwarten, daß alle Teile der Stadt gleich schön gebaut und geräumig sein können; indessen gibt es vielleicht keine Stadt in Europa, welche so schöne Gebäude in so großer Anzahl aufzuweisen hätte als Berlin. Was die Bauart im allgemeinen betrifft, so ist zu bemerken, daß die Häuser meistenteils ganz massiv, von drei, vier und selbst fünf Stockwerken hoch und sehr regelmäßig gebaut sind.... Die Häuser selbst sind geräumig und die Menschen nicht so, wie in anderen großen Städten, darin zum Ersticken zusammengepreßt. Viele haben geräumige Höfe und große Gärten und sind mit allen Bequemlichkeiten versehen.... Die Anzahl der Bewohner eines Hauses ist sehr verschieden und hängt teils von dem Stande der Menschen, teils von der Lage und Größe der Häuser ab. Sehr viele Häuser haben ansehnliche Seiten- und Hintergebäude, worin allein zuweilen zwölf bis sechzehn Familien wohnen." Diese Darstellung erweckt stellenweise fast den Eindruck recht günstiger Verhältnisse; jedenfalls lassen sich ihr keine erheblichen Mißstände entnehmen. An einer Stelle heißt es jedoch: „Berlin würde jährlich 200 Menschen weniger auf seiner Totenliste haben, wenn man aufhörte, die Nachteimer in die Spree auszuleeren."

[1]) Siehe Warnack: „Die Reichswohnungszählung vom Mai 1918 in Preußen", Zeitschrift des Preuß. Statist. Landesamts 59. Jahrg., Berlin 1919.

[2]) Siehe den Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" S. 32.

Ein recht trübes Bild von den Wohnungszuständen am Ende des 18. Jahrhunderts findet man in der von Lentin[1]) verfaßten Topographie von Claustal. Beinahe in allen Häusern der dortigen Bergleute wurden damals zwei nicht große Zimmer durch einen gemeinschaftlichen Ofen geheizt. Die Stubengesellschaft war so zahlreich, daß in einem Zimmer gegen 15 und mehr Personen wohnten. Jede Familie mietete noch nicht ein oder zwei Viertel davon für sich. Gewöhnlich war im Mietvertrag ausbedungen, daß der Wirt das Holz für die Heizung liefern mußte. Die Mieter heizten daher sehr stark ein, um auf dem Ofen Speisen kochen zu können. Für Kranke, die sich in dieser Hitze und unter so vielen Menschen aufhielten, war der Zustand unerträglich; aber die Stubenbewohner waren nicht zu bewegen, diese Glut durch Öffnen der Fenster zu vermindern.

Um eine Vorstellung davon zu erhalten, wie sich in den deutschen Städten die Wohnweise während der letzten Jahrhunderte entwickelt hat, betrachtet man zweckdienlich alte Stiche, die, von Künstlerhand gezeichnet, uns über die ehemaligen Zustände in mancher Hinsicht besser, als es Worte und Zahlen vermögen, unterrichten. Wir wählen hierfür als Beispiel die badische Stadt Pforzheim. In unserer Abbildung 16 geben wir einen Stich von Merian aus dem 17. Jahrhundert wieder. Man sieht, daß die Stadt, wie zu jener Zeit wohl alle Städte in Süddeutschland, von einer Mauer festungsartig umgeben war, was der hygienischen Entfaltung gewiß nicht zum Nutzen gereichte. (Der Unterschrift bei dem Buchstaben N entnimmt man, daß damals noch „Der Spital" vorhanden war. Der bei der Wiedergabe eingezeichnete Pfeil soll das Auffinden des mit einem Satteltürmchen versehenen Spitalgebäudes erleichtern. Das Spital, das im Jahre 1322 gegründet wurde, und, wie im Mittelalter üblich, mitten in der Stadt lag, brannte, nach Pflüger[2]), 1689 ab; an derselben Stelle wurde 1714 ein Landwaisenhaus erbaut, dessen noch heut vorhandene Gebäude später für eine Heil- und Pflegeanstalt verwendet wurden.) Pforzheim hatte, wie Trenkle[3]) angibt, zwischen 1600 und 1634 etwa 3900 Seelen und war damals die bedeutendste Stadt der Markgrafschaft Baden-Durlach. Die Bevölkerungszahl sank zwischen 1635 und 1645 auf 2000 und dann infolge des Orleans'schen Krieges auf 1000. Im 18. Jahrhundert nahm die Volksziffer allmählich wieder zu; sie belief sich im Jahre 1800 auf 5062. Die Abbildung 17 stammt etwa aus dem Jahre 1850. Damals war Pforzheim von keiner Mauer mehr beengt; es war eine kleine, idyllisch gelegene, von nahen Wäldern und Wiesen umgebene Bezirkshauptstadt, die 1849 noch nicht ganz 8000 Einwohner besaß. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich Pforzheim zu einer bedeutungsvollen Industriestadt, die im Jahre 1919 bereits über 74000 Einwohner aufwies; unsere Abbildung 18 zeigt deutlich, daß aus dem anmutigen Städtchen von 1850 eine Stadt mit vielen Fabriken und großen, stattlichen Häusern (in denen sich überdies zahlreiche Bijouteriefabriken und -werkstätten befinden) geworden ist.

Eine solche oder ähnliche Entwicklung ist in vielen deutschen, besonders süddeutschen Städten während der letzten Jahrhunderte erfolgt.

Lehrreich ist auch die Betrachtung eines alten Stadtplanes von Karlsruhe. Die jetzige badische Landeshauptstadt ist erst im Jahre 1715 im Hardtwald von dem damaligen Landesfürsten zielbewußt angelegt worden. Unsere Abbildung 19 gibt die Gestalt der Stadt etwa vom Jahre 1770 wieder. Man erkennt deutlich die gartenstadtartige Anlage. Die Reihen zweigeschossiger Häuser umrahmen stets eine große Gartenfläche. Von diesen ehemaligen kleinen Häusern sind noch heute einige, selbst in der Hauptverkehrsstraße,

---

[1]) Siehe den Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" S. 32.

[2]) Pflüger: „Geschichte der Stadt Pforzheim", Pforzheim 1862, S. 118.

[3]) J. B. Trenkle: „Über die Bevölkerungszunahme in den bedeutenderen Städten Badens", Badenia, Zeitschr. f. Bad. Ortsbeschreibung 1864 S. 382.



Abb. 16. Pforzheim im 17. Jahrhundert.
Kupferstich von Merian.



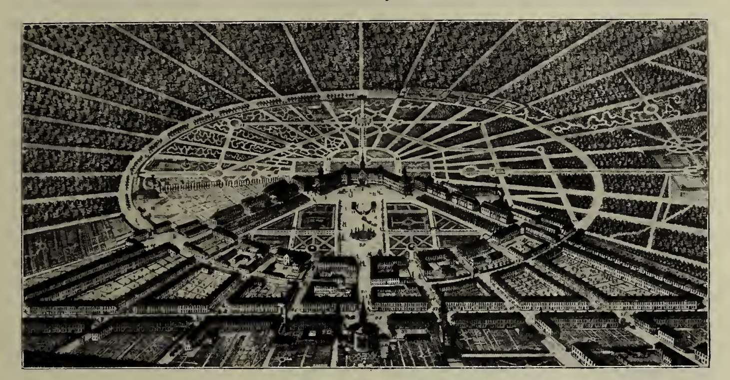
Abb. 17. Pforzheim um die Mitte des 19. Jahrhunderts.
Zeichnung von C. Korradi, Stahlstich von W. Knocke.



Abb. 18. Pforzheim im Jahre 1922.
Nach einem Lichtbild von Gebr. Metz, Tübingen.

zu sehen. Aber die meisten dieser zweigeschossigen Häuser sind während der letzten Jahrzehnte durch vier- und fünfgeschossige Gebäude ersetzt worden. Unsere Abbildung 20 zeigt drei aus dem 18. Jahrhundert stammende zweigeschossige Häuser in der Haupt-

Abb. 19.



„Aufriß der hochfürst. markgräfl. badischen Residenzstadt Carlsruhe“.
Etwa 1770; Kupferstich von Joh. Bapt. Haas, Zeichnung von G. N. Fischer.

Abb. 20.



Zweigeschossiges Haus in der Hauptverkehrsstraße zu Karlsruhe, das 1861 abgebrochen wurde.

Abb. 21.



Viergeschossiges Haus, das 1861 auf dem Boden des nebenstehend abgebildeten Hauses erbaut wurde.

Nach Lichtbildern des Bad. Landesmuseums.

verkehrsstraße; das mittlere wurde 1861 abgebrochen, und ein viergeschossiges wurde sogleich an derselben Stelle erbaut. Auf unserer Abbildung 21 sieht man das neue Haus, das noch heute steht; aber aus seinen ehemaligen niedrigen Nachbaren sind längst eben-

falls große Häuser geworden. Und seit vielen Jahrzehnten sind die Gartenflächen, mit wenigen Ausnahmen, bis auf einen engen Hofraum mit Seiten- und Hinterhäusern bebaut. Von dem ehemaligen Bilde einer Gartenstadt ist nichts mehr übriggeblieben. Auch diese Entwicklung findet man an vielen Orten.

Im Jahre 1837 begann Belgien, die Wohnungszustände amtlich zu erforschen; es folgten England 1844 und Frankreich 1850. In Deutschland wurde die Wohnungsfrage auf dem Frankfurter Parlament im Jahre 1848 nicht erörtert, obwohl dort fast alle wichtigen volkswirtschaftlichen Fragen besprochen wurden. J. Fuchs schließt hieraus, daß man damals in deutschen Landen das Wohnungswesen noch nicht untersuchte. Solche Erhebungen setzten bei uns erst Ende der 50er Jahre ein. Gründlicher erforscht wurde die Wohnungsfrage in volkswirtschaftlicher Hinsicht zunächst infolge der Tagung des Vereins für Sozialpolitik im Jahre 1872; mit der hygienischen Seite beschäftigte sich der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege seit 1874 fast ununterbrochen bis in die Gegenwart.

Naturgemäß sind die Wohnungszustände immer bei den einzelnen Völkern, je nach der geographischen und klimatischen Beschaffenheit, sehr verschiedenartig gestaltet gewesen. Schon Frank[1]) betonte: „Die Sprachen der Menschen weichen nicht so sehr voneinander ab, als die Natur und Anlage ihrer Wohnungen."

Über die Wohnungszustände während der ersten Jahre nach der Gründung des Deutschen Reiches sind dem Lehrbuch von Fr. Oesterlen[2]) beachtenswerte Angaben zu entnehmen.

„Überall sind", so schreibt er, „die Wohnungen der ärmeren Klassen mehr oder weniger versteckt und aus Sonne, Luft, Wind gerückt. Auch der Handwerker, der Krämer hat selten mehr als eine oder zwei Stuben, worin das Bett oft die Hälfte oder mehr der Fläche einnimmt, und im selben Bett liegen Eltern, einige Kinder, im anderen erwachsene Geschwister, junge Leute beiderlei Geschlechts beisammen, und andere so gut als viele Gesellen und Lehrlinge der Handwerker, Bäcker usw. haben gar kein Bett." Dazu wird in einer Fußnote bemerkt: „In Preußen z. B. kamen durchschnittlich auf 2400 Menschen nur 422 Wohnungen und 852 Betten, somit über 5 Menschen auf eine Wohnung und etwa 3 auf ein Bett; öfters aber lagen 4 und 6, sogar 8 Personen in einem Bett. In Berlin, welches jetzt 60000 übervölkerte Wohnungen hat, kamen 1872 in 171 Wohnungen nicht weniger als 10 Menschen auf ein Zimmer, oft 13 bis 20; 67000 sogenannte Schlafleute hatten gar kein eigenes Gemach, sondern nur eine Schlafstätte in anderen Familien, und deren Zahl stieg seit 1867 um 55%."

Die Zustände haben sich dann im allgemeinen wohl erheblich gebessert. Aber selbst den S. 128 u. 129 gekennzeichneten, auf das Äußerste beschränkten Anforderungen an die Beschaffenheit der Wohnungen wurde auch in den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkriege in zahlreichen Fällen nicht genügt. Der Hauptgrund hierfür lag in dem Wohnungsmangel. Und dieser war durch die starke Bevölkerungszunahme, die sich namentlich in den Großstädten im Zusammenhang mit der Landflucht zeigte, hervorgerufen. Dem rasch gewachsenen Bedürfnis vermochte die fast völlig dem privaten Unternehmertum überlassene Wohnungsherstellung nicht ganz zu entsprechen. Jährlich kamen in Deutschland rund 200000 neue Haushaltungen hinzu, und von den alten Wohnungen wurden jedes Jahr etwa 96000 unbrauchbar, so daß rund 296000 Wohnungen, darunter etwa 222000 Kleinwohnungen, neu zu erstellen gewesen wären, um den Bedarf zu decken. Eine zuverlässige Statistik, welchen Umfang die Bautätigkeit in Deutschland vor dem Kriege tatsächlich

[1]) „System einer vollständigen medizinischen Polizey" Bd. 3.
[2]) „Handbuch der Hygieine" 1876 2. Aufl. S. 532.

angenommen hat, besitzen wir nicht. Aber man gelangt doch zu dem Urteil, daß das Wohnungsangebot der Nachfrage nicht genügt hat, da zahlreiche Mißstände im Wohnungswesen, die sich eben nur zeigen, wenn Mangel an Wohnungen herrscht, vorhanden waren.

Von diesen Mißständen seien nur einige hier gekennzeichnet. Zunächst ist auf das enge Zusammenwohnen in Massenmietshäusern hinzuweisen. Unter 26438 Berliner Grundstücken waren im Jahre 1905 nur 1461 von 1 bis 10 Personen, aber 6869 von 100 bis über 300 Personen bewohnt. Dazu kam, daß die Mietpreise in den letzten Jahren vor dem Kriege erheblich gestiegen waren, so daß, wie z. B. für Hamburg und Breslau festgestellt wurde, gerade die Personen mit geringem Einkommen in der letzten Zeit (nach 1900) einen höheren Prozentsatz ihrer Bezüge als ehedem (in den 80er Jahren) für die Wohnung ausgeben mußten. Man erkennt auch hier wieder, daß das Schwabesche Gesetz (siehe S. 87) zutrifft. Den Feststellungen in mehreren Städten wurde dann noch die Gesetzmäßigkeit, daß je kleiner eine Wohnung ist, ein um so höherer Mietpreis gezahlt werden muß, entnommen.

Welch große Zahl übervölkerter Wohnungen in vielen Städten vorhanden war, erkennt man aus den in der Tafel 42 enthaltenen Angaben.

Tafel 42.

Übervölkerte Wohnungen im Jahre 1900.

Städte	Wohnungen mit	
	höchstens einem heizbaren Zimmer und sechs oder mehr Bewohnern	zwei heizbaren Zimmern und elf oder mehr Bewohnern
Berlin	27792	485
Breslau	7060	196
Hannover	3238	149
Königsberg	5302	124
Barmen	4399	168

(Nach E. Jäger.)

Man ersieht aus der Tafel 42 nicht nur, wie stark die Übervölkerung war, sondern auch, daß der Begriff „übervölkert" erst angewandt wurde, wenn die auf ein Zimmer entfallende Bewohnerzahl sehr groß war.

Die Steigerungen der Mietpreise bewirkten ferner, daß zahlreiche Familien Schlafgänger oder Aftermieter aufnehmen mußten, um die hohen Ausgaben decken zu können. So wohnten (nach der Erhebung vom 1. Dezember 1900) von der in Haushaltungen lebenden Bevölkerung in Aftermiete in München 11,64, in Leipzig 9,21, in Frankfurt a. M. 8,50, in Hamburg 6,85%.

Eine sehr große Anzahl der großstädtischen Bewohner mußte in Hinterhäusern wohnen; so stellte man bei der Zählung im Jahre 1905 fest, daß von 100 Bewohnern in Charlottenburg 44,6, in Berlin 46,0, in Magdeburg 32,8, in München 16,8, in Lübeck 13,8% zu den Hinterhäuslern gehörten.

Weitere Einzelheiten über die Beschaffenheit der Wohnungen lassen sich allerdings diesen Zahlen nicht entnehmen; aber man wird sich ja unschwer vorstellen können, wie es in den überfüllten, in Hinterhäusern gelegenen Wohnungen, in welchen noch vielfach

Schlafgänger und Aftermieter aufgenommen werden mußten, ausgesehen hat. Nur ein kleines Bild aus Karlsruhe, einer verhältnismäßig sehr jungen Stadt, deren Wohnungsverhältnisse im allgemeinen ganz gewiß nicht die schlechtesten sind, sei hier noch angereiht; in der badischen Landeshauptstadt stellte man im Jahre 1905 fest, daß 4144 Wohnungen (d. h. 16,5% aller Wohnungen) keinen eigenen Abort, und daß 738 Wohnungen keine Küche, 1093 keinen Keller besaßen.

Abb. 22.



Wohnung (Küche und Schlafraum) eines Kranken in Berlin.
Nach einem Lichtbild der Allg. Ortskrankenkasse Berlin.

Und nun bedenke man, wie sich die Zustände in solchen Wohnungen gestaltet haben, wenn ein oder gar mehrere Insassen erkrankten. Die Erhebungen, welche die Allgemeine Ortskrankenkasse[1]) Berlin durch ihre Krankenkontrolleure ausführen ließ, haben hierüber hinreichenden Aufschluß geboten. In unserer Abbildung 22 kommen die Mißstände deutlich zum Ausdruck. Es ist menschenunwürdig, daß jemand, und überdies ein Kranker, in einem solchen, neben einer engen und dunklen Küche gelegenen Raum schlafen soll.

Daß aber diese traurigen Verhältnisse nicht nur für die Reichshauptstadt, sondern auch für alle anderen Groß- und viele Mittelstädte mehr oder weniger zutreffen, wird jeder erfahrene Kassenarzt bestätigen können. Für eine Mittelstadt, Greifswald, hat E. Friedberger[2]) auf Grund einer umfangreichen Untersuchung dargelegt, daß eine sehr erhebliche Wohnungsnot auch schon vor dem Kriege bestand, und daß diese sich nach dem Kriege noch sehr erheblich vergrößert hat. Es wäre jedoch ein Irrtum, wollte man etwa annehmen, daß auf dem Lande überall befriedigende Wohnungsverhältnisse zu finden wären. Von mehreren Ärzten, so z. B. von dem badischen Bezirks-

[1]) Siehe Literatur S. 154 Ziffer 24. — Auch andere Allg. Ortskrankenkassen, z. B. die in Breslau und Magdeburg, haben gleichartige Untersuchungen veranstaltet.

[2]) E. Friedberger: „Untersuchungen über die Wohnungsverhältnisse, insbesondere über Kleinwohnungen und deren Mieter in Greifswald“, Jena 1923.

arzt K. Dörner[1]), wurde darauf hingewiesen, daß gerade auf dem Lande die Wohnungszustände dringend der Verbesserung bedürfen, namentlich auch zum Zweck der Tuberkulosebekämpfung.

Wahrlich, die Wohnungszustände waren auch schon vor dem Weltkriege vielfach unerträglich. Wären Nahrungsmittel von gleicher Minderwertigkeit verkauft worden, so hätte die Gesundheitspolizei unzweifelhaft mit aller Strenge eingegriffen.

Betont werden muß jedoch, daß das Wohnungselend sich auch in den ausländischen Staaten in ähnlichem, bisweilen in noch größerem Umfange gezeigt hat.

Nach Angaben von v. Mangoldt hatten in Österreich 63% der städtischen Bevölkerung Wohnungen von nur zwei Räumen, ein Viertel davon lebte in überfüllten Wohnungen. In Budapest herrschte 1909 ein so großer Wohnungsmangel, daß es infolge der sich hieraus ergebenden Mietpreissteigerungen in einigen Stadtteilen zu Aufständen kam. Das gleiche wurde von Bari berichtet. In Rom mußten die unteren Beamten durchschnittlich 30% ihres Einkommens für die Wohnung aufwenden. In Paris herrschte 1910 eine ausgesprochene Wohnungskrise. Auch in London litt man unter dem Wohnungsmangel, da die Zahl der neuerstellten Wohnungen nicht der Bewohnerzunahme genügte und für die im Innern der Stadt niedergerissenen Arbeiterhäuser kein hinreichender Ersatz beschafft worden war. Auch aus Zürich wurde mitgeteilt, daß die Mietpreise für Drei- und Vierzimmerwohnungen in der Zeit von 1902 bis 1907 um fast 50% gestiegen sind.

Mit Beginn des Weltkrieges vergrößerten sich die Schwierigkeiten, Kleinwohnungen herzustellen, sehr erheblich, da die Bautätigkeit überhaupt, soweit sie nicht militärischen Zwecken nutzbar gemacht wurde, fast ganz aufhörte.

Die meisten Bauarbeiter wurden zum Heeresdienst einberufen; viele von ihnen sind gefallen oder schwer geschädigt zurückgekehrt, andere haben den Beruf gewechselt. Die Zahl der Bauarbeiter, die sich im Jahre 1914 auf 1760000 belief, betrug 1920 nur noch etwa 1 Million. Baustoffe waren für die Herstellung von Wohnungen nicht oder nur zu ungeheuer gestiegenen Preisen zu bekommen, da fast alles für Kriegszwecke beschlagnahmt war. Von den 18000 Ziegeleien stellten 8000 sofort den Betrieb ein, und bei Kriegsende arbeiteten nur noch 700 Ziegeleien. Nach der politischen Umwälzung stiegen die Bauarbeiterlöhne und die Preise für Baustoffe (Holz, Ziegel, Zement, Kalk usw.) gewaltig. Bei Beginn des Jahres 1918 betrugen gegenüber dem Preise von 1914 die Baukosten etwa das Dreifache; zu Beginn des Jahres 1919 etwa das Sechsfache; dann ging es der Geldentwertung entsprechend sprunghaft weiter.

Infolge der gewaltigen Baukosten, deren Verzinsung sich unmöglich auf die Mieter abwälzen ließ, war der Hausbau vollständig unrentabel geworden. Aus demselben Grunde mußten auch die Besitzer der vorhandenen Häuser von der Ausführung längst notwendig gewordener Instandsetzungen absehen.

Wie sehr seit dem Krieg die Ziffer der neuerbauten Häuser bezw. Wohnungen abgenommen hat, läßt sich aus manchen Angaben erkennen, wenn auch eine genaue Statistik für das ganze Reich nicht zur Verfügung steht. Nach einer in 37 Städten durchgeführten Zählung wurden im Jahre 1912 gegen 9000 Wohngebäude mit über 61000 Wohnungen, im Jahre 1917 aber nur 428 Gebäude mit 1712 Wohnungen hergestellt. In diesen 37 Städten wurden im Jahre 1912 also 21 mal so viele Häuser und 26 mal so viele Wohnungen gebaut wie im Jahre 1917. Von vielen Städten, so z. B. von Augsburg, Barmen, Bochum, Mainz, Stettin, Schöneberg, Wiesbaden, Zwickau, wird berichtet, daß im Jahre 1917 überhaupt kein Wohnhaus hergestellt wurde.

---

[1]) K. Dörner: „Vergleichende Untersuchung über Tuberkuloseverbreitung in zwei verschiedenen Bezirken Badens", Beiträge zur Klinik der Tuberkulose 1914 Bd. 30; ferner „Tuberkuloseverbreitung und soziale Mißstände", Sozialhygienische Mitteilungen 1922 Heft 3.

Nun haben ja sicherlich die mit dem Krieg im Zusammenhang stehenden Menschenverluste und der Geburtenrückgang den Bedarf an Wohnungen in gewissem Umfange eingeschränkt. Aber die Nachfrage nach Wohnungen ist namentlich seit dem Kriegsende nicht geringer, sondern erheblich größer geworden, als sie vor dem Kriege war. Der Bedarf an Wohnungen hängt in erster Linie von der Zahl der Haushaltungen ab. In dem jetzigen Gebiet des Deutschen Reiches ist während der Zeit von 1900 bis 1919 die Zahl der Haushaltungen um 8,3, die Bevölkerungsziffer aber nur um 1,2% gestiegen. Dazu kommt, daß die Wohnungsansprüche während der letzten Jahre in vielen Familien gewachsen sind, teils infolge erhöhten Einkommens, teils auch, weil die Kinder ein Alter erreicht haben, das eine Trennung der Schlafräume nach dem Geschlecht erfordert. Von mehreren Städten, wie Krefeld, Hannover, Chemnitz, Augsburg, wird berichtet, daß eine Vergrößerung von Wohnungen beobachtet wurde; von Bochum werden ziffernmäßige Angaben mitgeteilt, aus denen man erkennt, daß die Zahl der Wohnungen mit zwei und drei Räumen seit dem Kriege abgenommen hat, während die der Wohnungen mit vier und fünf Räumen bezw. mit sechs und mehr Räumen gewachsen ist.

Da, wie wir gezeigt haben, seit dem Kriege der Wohnungsbau aussetzte, während die Nachfrage nach Wohnungen (von der ersten Kriegszeit abgesehen) erheblich zunahm, so mußte ein die Gesundheitszustände schwer bedrohender Wohnungsmangel entstehen.

Zu Beginn des Krieges zogen zwar viele Kriegerfrauen, die noch kinderlos waren oder nur kleine Kinder hatten, zu den Eltern oder sonstigen Verwandten; infolgedessen standen anfangs in manchen Orten mehr Wohnungen leer als vor dem Kriege. Bei der Zählung im Mai 1918 wurde, nach dem „Statistischen Jahrbuch für das Deutsche Reich" Jahrgang 1919, festgestellt, daß von 100 Kleinwohnungen in Altona 9,8, in Hamborn 7,3, in Hamburg 7,2, in Müllheim (Ruhr) 7,1, in Aachen 7,0, in Elberfeld 6,8, in Leipzig 4,7, in Frankfurt a. M. 3,6, in Berlin 3,1 unbewohnt waren. In manchen anderen Städten bestand allerdings damals schon Wohnungsknappheit. Aber seit dem Kriegsende entwickelte sich, je länger je mehr, die jetzt herrschende Wohnungsnot, die trotz aller bisher ergriffenen Maßnahmen nicht zu beseitigen war. Die mißlichen Zustände erkennt man hinreichend daran, daß die Anzahl der unerledigten Gesuche um Wohnungszuweisung bereits Ende 1922 betrug: in Breslau 31200, in Hamburg 25000, in München 24000, in Dresden 19800, in Köln 19600. In vielen Städten, z. B. auch in Karlsruhe, können Ehepaare nur, wenn sie wenigstens ein Kind haben, erwarten, daß ihnen eine Wohnung zugewiesen wird.

Die Zahl der zurzeit im Deutschen Reich fehlenden Wohnungen wird auf über 1 Million geschätzt; dies ist mithin das Fünffache der Wohnungserstellung in einem Vorkriegsjahre.

Das Wohnungselend hat dazu geführt, daß in vielen Städten seitens der Wohnungsämter vor dem (von den führenden Rassehygienikern mit Nachdruck geforderten) frühzeitigen Heiraten gewarnt wird. Infolge des Wohnungsmangels mußten manche gesundheitlichen Anforderungen, die wir oben unter den Mindestanforderungen genannt haben, gemildert werden. Früher verbotene Keller- und Dachwohnungen sowie nichtunterkellerte Baracken müssen jetzt als ständige Wohnungen benutzt werden. Ja, man ist sogar auf Lehmbauten, eine in Kulturstaaten kaum mehr übliche Bauart, zurückgekommen. Aus den Ergebnissen, welche das Reichsgesundheitsamt bei einer Erhebung über die gesundheitlichen Mißstände infolge der Wohnungsnot während der Jahre 1920/21 gewonnen hat, sei hier folgendes mitgeteilt:

„Das Landeswohnungsamt in Dresden bezeichnet den Wohnungsmangel auf dem Lande als nicht viel geringer wie in den Städten; nur trete er in den Industriebezirken deutlicher hervor. Familien aus fünf bis sechs Köpfen müssen sich hier vielfach mit einem Wohnraum begnügen. Für mehrere Personen ist nur ein Bett vorhanden. In einigen Familien mußte in zwei Schichten gegessen werden, da für alle zugleich nicht genügend Platz zum Sitzen vorhanden war.... Die Wohnungen sind zum Teil in der bedenklichsten Weise überfüllt, oft in solchem Maße, daß es nicht möglich ist, auch nur die erforderlichen Betten zu stellen. Die Leute schlafen in Decken auf den Fußböden, sonst zwei oder drei Personen in einem Bette. Die Männer wohnen in Schlafstellen oder Untermieten, die Frauen bei den Eltern oder sonstigen Verwandten, vielfach in überfüllten Räumen, entbinden dort unter sittlich und hygienisch bedenklichen Verhältnissen, für die Kinder fehlt es an allem."

Zu welchen gesundheitlichen Schädigungen diese traurigen Wohnungsverhältnisse führen müssen, wird man sich ohne weiteres vorstellen können. Es sei aber hier noch darauf hingewiesen, wie sich gegenwärtig die Zustände in Familien, in denen sich Kranke, insbesondere Tuberkulöse, befinden, darbieten. Nach Angaben der Berliner Allgemeinen Ortskrankenkasse wurde im Jahre 1920 festgestellt: Unter den 22307 Kranken, die von den Kontrolleuren besucht wurden, litten 4619 an Tuberkulose, 2841 an sonstigen ansteckenden Krankheiten. Von den Tuberkulösen schliefen 897 allein, die übrigen mit 1—7 Personen zusammen; von den Personen mit sonstigen ansteckenden Krankheiten teilten 2352 mit 1—7 Personen den Schlafraum.

Schließlich sei noch angeführt, wie die Wohnungsverhältnisse in kinderreichen Familien beschaffen sind. Hierüber liegen Ergebnisse einer Untersuchung in Düsseldorf vom Jahre 1916 und einer in Mannheim vom Jahre 1918 vor. In Düsseldorf kamen auf eine Familie durchschnittlich 3,3 Räume, aber trotzdem betrug der verfügbare Luftraum bei 8,85% der 1866 berücksichtigten Haushaltungen weniger als 10 Kubikmeter für Erwachsene und 5 Kubikmeter für Kinder. In 46,7% der Familien waren für die über 12 Jahre alten Kinder nach dem Geschlecht getrennte Schlafräume nicht vorhanden. Auf einen Schlafraum entfielen durchschnittlich 3,7 und auf ein Bett 1,9 Personen. In Mannheim hatten 44,9% ein eigenes Bett, 2,4% teilten das Bett mit zwei und noch mehr Personen. Auch die Abortzustände waren unzulänglich; in Mannheim hatten nur 73,1% ein eigenes Klosett, in Düsseldorf sogar nur 48,4%. Und hierbei muß man berücksichtigen, daß diese Tatsachen vor dem Kriegsende festgestellt wurden; gerade die Zustände in den kinderreichen Familien dürften sich der seitdem weit größer gewordenen Wohnungsnot entsprechend noch erheblich verschlimmert haben.

d) Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnungswesens.

Im Hinblick auf die geschilderten Verhältnisse im Wohnungswesen sind mannigfaltige Maßnahmen erforderlich. Staat, Gemeinden und Selbsthilfe müssen gleichzeitig eingreifen. Auch hier gilt die auf S. 120 gestellte Forderung: tüchtige Oberbürgermeister und leistungsfähige Hausfrauen! Öffentliche Fürsorge ist unzweifelhaft erforderlich; aber sie darf einerseits ihre Grenzen nicht überschreiten, und man kann andererseits von ihr die restlose Beseitigung aller Mißstände nicht erwarten, wenn die Bevölkerung nicht selbst Hand anlegt. Schon J. P. Frank schrieb: „Eine kluge Polizei mischt sich nicht in das Innere der Haushaltungen, und wenn diese Regentin der Völker endlich zum Spionen mißbraucht wird, so artet sie aus zur Tyrannin menschlicher Gesellschaften und zur Störerin der öffentlichen Ruhe, die sie beschützen sollte." Und Oesterlen legte 1851 folgendes dar:

„Die Behörden müßten nicht bloß fürs Niederreißen, sondern auch für den sachgemäßen Aufbau der neuen Wohn- und Arbeitsstätten Sorge tragen. Andererseits hat man sich z. B. in unseren

deutschen Polizeistaaten nicht genug vor dem Irrtum zu bewahren, als müßten jene Verbesserungen durch hunderterlei Behörden, Vorschriften und Strafansätze erzwungen und alles von oben her — oft durch die unwissendsten Leute und trägsten Behörden — reguliert werden. Nur zu häufig würde der Erfolg gerade das Gegenteil von dem sein, den man wünschen muß. Besser wäre es, durch Belehrung und sachverständige, erfahrene Techniker zu wirken."

In den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege wurden zahlreiche Mittel, mit denen man die Wohnungsverhältnisse zu bessern versuchte, angewandt. Da in der starken Bodenpreissteigerung, die vielfach auf Bodenspekulationen zurückzuführen war, ein besonders verhängnisvolles Hindernis für die Herstellung billiger und gesundheitlich einwandfreier Kleinwohnungen lag, wurden namentlich vom Bund deutscher Bodenreformer gesetzgeberische Maßnahmen, mit deren Hilfe die Verteuerung des Bodens verhütet werden sollte, verlangt; insbesondere wurden die Besteuerung des unbebauten Bodens nach seinem wirklichen Wert (nicht nach dem Nutzungswert) und eine Wertzuwachssteuer (d. h. eine Abgabe, falls der Wert des Geländes lediglich durch die Bevölkerungszunahme und ohne Arbeit des Besitzers beim Verkauf sich als gestiegen erweist) gefordert. Der erste Schritt zur gesetzlichen Bekämpfung der Bodenspekulation erfolgte 1902 durch das Gesetz betreffend die Umlegung von Grundstücken, das nach seinem Schöpfer, dem Oberbürgermeister von Frankfurt a. M., Lex Adickes genannt wird und zunächst nur für diese Stadt galt. Auch die Besteuerung des unverdienten Wertzuwachses wurde zuerst (1904) in Frankfurt a. M. eingeführt; es folgten dann andere preußische Städte. Im Jahre 1911 wurde das Reichszuwachssteuergesetz geschaffen, nach welchem die Hälfte des Steuereinganges dem Reiche, 10% den Einzelstaaten und 40% den Gemeinden zuzuweisen waren; dieses Gesetz wurde jedoch im Jahre 1913 insofern außer Kraft gesetzt, als der Reichsanteil nicht mehr erhoben wird, während die Abgabe als Landessteuer und besonders als Gemeindesteuer weiterbesteht.

Des weiteren suchte man zuerst (1907) in Baden, dann in Bayern und Württemberg den Bau von gesundheitlich einwandfreien Kleinwohnungen durch Bauordnungen, welche Vorschriften über die zulässige Zahl der Stockwerke sowie die Erschließung und zweckmäßige Gestaltung des Baugeländes, allenfalls mit Hilfe von Enteignung und Umlegung der Grundstücke, enthielten, zu fördern. Von Bedeutung war es ferner, daß manche Staaten (zuerst Hessen, dann Bayern, Württemberg, Baden) Zentralstellen für die Wohnungsaufsicht unter Leitung eines Landeswohnungsinspektors eingerichtet haben.

Auch die Verkehrspolitik kann viel zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse beitragen, wenn die Gelegenheit geschaffen wird, daß Arbeiter und Angestellte, die in großen Industriestädten tätig sind, leicht und billig zu ihren in Vororten gelegenen Wohnungen befördert werden. Allerdings hängt dieser Gegenstand mit der Frage der ungeteilten Arbeitszeit, worauf wir noch zurückkommen (siehe S. 181), eng zusammen.

Die Hauptarbeit für die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse fiel aber den Gemeindeverwaltungen zu, da ja die von den Staaten und dem Reich geschaffenen Maßnahmen zu wenig wirkungsvoll waren. Manche Städte haben tatsächlich Vortreffliches auf diesem Gebiet geleistet, während in zahlreichen anderen Orten durch den Widerstand gewisser die Stadtverwaltungen beherrschender Interessentengruppen mancher geplante Fortschritt vereitelt wurde. Den Bau von Kleinwohnungen konnten die Städte vor allem dadurch fördern, daß sie möglichst viel Grundbesitz erwarben. Bei planmäßig durchgeführter Bodenpolitik waren die Städte dann in der Lage, auf städtische Kosten vorbild-

liche Wohnhäuser für die minderbemittelte Bevölkerung herzustellen; bahnbrechend sind hier Ulm[1]) und Freiburg[2]) i. B. vorangegangen. Erwähnt werden muß auch, daß Städte, die über einen ansehnlichen Grundbesitz verfügten, gemeinnützigen Baugenossenschaften billigen Baugrund abgetreten haben. Ferner ist darauf hinzuweisen, daß viele Städte die Wohnungsaufsicht und den Wohnungsnachweis eingerichtet, daß einige Gemeinden, wie Straßburg, Charlottenburg, Düsseldorf und Stuttgart Ledigenheime[3]) gebaut, viele Orte Obdachlosenasyle[4]) geschaffen haben.

Am zweckdienlichsten wäre es, wenn der gesamte Bodenbesitz sich in Händen der Gemeinde befinden würde. Im wesentlichen trifft dieser Zustand für das bei Stuttgart gelegene, 1819 von dem ehemaligen Notar Hoffmann gegründete Dorf Korntal[5]) zu.

Nach der Absicht des Gründers war die „Durchdringung des gesamten häuslichen, beruflichen, bürgerlichen und gottesdienstlichen Lebens durch das Christentum" die Aufgabe der Gemeinde. Diese stellte aber zugleich eine Güterkaufsgesellschaft dar; jedes Mitglied durfte zwar von ihr Boden erwerben, aber es durfte den Geländebesitz nur an die Gesellschaft wieder verkaufen. Heute deckt sich Gesellschaft und Gemeinde nicht mehr in vollem Umfange; aber in allen praktischen Fragen ist das Verhältnis das gleiche geblieben. Namentlich infolge dieser Bodenpolitik hat sich Korntal zu einer blühenden Gemeinde entfaltet; Landleben und industrielle Tätigkeit sind hier vereint, und man trifft hier so treffliche Bildungsstätten und so musterhafte soziale und hygienische Einrichtungen, wie sonst wohl in keinem Dorf. Auf Grund meiner Beobachtungen bin ich geneigt, diese über 100 Jahre alte Siedlung eine Gartenstadt im Sinne Howards (siehe S. 146) zu nennen.

Wertvolle Schöpfungen auf dem Gebiete des Kleinwohnungsbaues waren auch den in fast allen Gegenden Deutschlands gegründeten gemeinnützigen Baugenossenschaften sowie manchen Großindustriellen zu verdanken, und zwar wurde hierbei sowohl das System des Kleinhauses wie das des hygienisch einwandfreien Häuserblocks angewandt. Neben den beiden Vorkämpfern für die letztere Bauart in Frankfurt a. M. und in München sei hier noch die Firma Krupp in Essen, die sich um den Kleinwohnungsbau große Verdienste erworben hat, genannt; nachdem sie anfangs das Einfamilienhaussystem verwandt hatte, ließ sie später im Hinblick auf die hohen Baukosten große Häuserblocks herstellen. Genossenschaften, die lediglich Einfamilienhäuser bauen, gibt es sehr viele; ihre Tätigkeit verdient die größte Anerkennung.

Über die Entwicklung[6]) der Baugenossenschaften in den letzten 50 Jahren unterrichtet die Tafel 43.

Da das Wohnungswesen aufs engste mit dem Siedlungswesen verbunden ist, kam man bei dem Bestreben, die Wohnungsverhältnisse wirkungsvoll zu verbessern, auf den Gedanken, neue Siedlungen, in denen nur einwandfreie Häuser gebaut werden sollen, zu gründen.

In Deutschland sind hier besonders drei Bewegungen aus den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkrieg anzuführen. Die eine stützte sich auf das im Jahre 1886 in Preußen ge-

---

[1]) Wagner: „Die Tätigkeit der Stadt Ulm auf dem Gebiet der Wohnungsfürsorge für Arbeiter und Bedienstete (Häuser zum Eigenerwerb)", Ulm 1903.

[2]) Siehe Vorlage des Stadtrates der Stadt Freiburg i. B. über die Erbauung weiterer Kleinwohnungen vom 16. Mai 1909; ferner Vorlage des Stadtrates der Stadt Freiburg i. B. vom 8. Mai 1914 betr. Erstellung von Kleinwohnungsbauten.

[3]) Siehe den Aufsatz „Die deutschen gemeinnützigen Ledigenheime", Reichsarbeitsblatt 1913 Nr. 6; ferner Mewes: „Ledigenheime", Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1922, Bd. 3.

[4]) Siehe Fiack: „Obdachlosenfürsorge in deutschen Städten", Mitteil. d. Statist. Amtes der Stadt München Bd. 22, München 1910.

[5]) Joh. Hesse: „Korntal, einst und jetzt", Stuttgart 1910; ferner Daur: „Die Güterkaufsgesellschaft Korntal", Jahrb. d. Bodenreform 1919 Bd. 15 Heft 2.

[6]) Hans Crüger: „Baugenossenschaften", Art. i. Handw. d. Staatsw. 4. Aufl. Bd. 2, Jena 1923.

Tafel 43.

Die Entwicklung der deutschen Baugenossenschaften.

Jahr	Zahl der Genossenschaften	Mitgliederzahl
1869	2	93
1875	53	1824
1900	385	27880
1910	1056	196751
1913	1470	.
1915	1534	209411
1919	2266	229650
1921	3000	.

(Nach Hans Crüger.)

schaffene Gesetz (Ansiedlungskommissionen), wonach viele hundert Millionen Mark aufgewendet wurden, um in den Provinzen Westpreußen und Posen deutsche Bauern und Arbeiter auf Gütern von mittlerem und kleinerem Umfange seßhaft zu machen. Diese Maßnahme hatte vor allem einen politischen Zweck, der hier unerörtert bleiben kann; sie war aber zugleich sicherlich geeignet, nicht nur das Wohnungswesen zu verbessern, sondern auch rassehygienisch[1]) zu wirken. Allein, schon lange vor dem Kriege, der ja die in Rede stehenden Pläne vereitelt hat, wurden von A. Fischer[2]) Zweifel, ob der erwartete rassehygienische Erfolg dem ungeheuren Geldaufwand entsprechen würde, zum Ausdruck gebracht.

Die zweite der hier zu erwähnenden Bewegungen lehnte sich an den von dem englischen Volkswirt Ebenezer Howard ausgehenden und in England erfolgreich durchgeführten Gartenstadtgedanken an.

Nach Howards Vorschlag soll auf einem weiten, von einer Großstadt mehrere Meilen entfernten, aber mit ihr durch gute Verkehrsmittel verbundenen Gelände, das bisher nur der landwirtschaftlichen Benutzung gedient hat und daher zu geringem Preise gekauft werden kann, eine Siedlung in der Weise geschaffen werden, daß fünf Sechstel des Bodens für die Landwirtschaft, ein Sechstel für die eigentliche Stadt, d. h. für Einfamilienhäuser mit Gärten sowie für Arbeitsstätten, vorbehalten werden. In der Stadt sollen 30—35000 Personen wohnen. Die Häuser sollen mit allen notwendigen gesundheitstechnischen Einrichtungen versehen sein. Alle Straßen sollen Bäume haben; für Parkanlagen und Rasenplätze soll gesorgt sein. Die Fabriken sind an den Rand der Stadt zu verlegen. Geschäftshäuser, Gotteshäuser, Krankenhäuser, Schulen, Badehäuser, Theater, Museen, Versammlungshallen usw., alle von Gärten umgeben, sollen geschaffen werden.

Man sieht, daß dieser Plan die Vorzüge des Landlebens mit den Annehmlichkeiten der Kulturstadt unter Vermeidung aller Nachteile zu verbinden sucht und von größtem hygienischem Nutzen wäre — wenn er durchzuführen ist.

Nun muß bemerkt werden, daß schon vor Howard, dessen bahnbrechendes Buch „Garden Cities of To Morrow“ erst 1898 erschien, Mitte der 90er Jahre der Schriftsteller Theodor Frietsch ähnliche Gedanken über „Die Stadt der Zukunft“ sowie der Arzt und Nationalökonom Franz Oppenheimer über „Siedlungsgenossenschaften“ veröffentlicht hatten; diese Schriften hatten jedoch zu keinem sichtbaren Erfolg geführt und waren auch Howard unbekannt geblieben. Erwähnt sei auch, daß Ed. Reich bereits 1870 in seinem „System der Hygieine“ über die in der Nähe von Boston gelegene Stadt Lowell berichtet, daß dem Arbeiter dort „alles, dessen er physisch und moralisch bedarf, geboten wird; er genießt die Freiheit des Landlebens und zugleich alle Vorteile einer Weltstadt“.

---

[1]) M. v. Gruber äußerte sich über diese Siedlungen: „Wir können hier des rassehygienischen Erfolges sicherer sein, als bei unseren sonstigen sozialpolitischen Maßnahmen, so viele Hoffnungen wir auf sie setzen mögen, da uns hier die Erfahrungen der Vergangenheit zur Seite stehen.“ Siehe: Literatur S. 218 Ziffer 8b.

[2]) A. Fischer: „Die sozialhygienischen Zustände in Deutschland nach amtlichen Veröffentlichungen aus dem Jahre 1911“, Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1912 S. 397.

Unabhängig von Howard hatten mehrere englische (und auch amerikanische) Großindustrielle Siedlungen um ihre weit vom Weichbilde der Stadt entfernten Fabriken geschaffen. So entstanden u. a. die herrlichen Fabrikgartendörfer Port Sunlight bei Liverpool und Bournville bei Birmingham, die vorbildlich auch für Deutschland wirkten.

Gestützt auf die günstigen Erfahrungen dieser Fabrikgartendörfer gelang es Howard 1903, die für 35000 Einwohner bestimmte Gartenstadt Letchworth, 33 englische Meilen nördlich von London, zu schaffen. In dieser Gartenstadt wurden im Jahre 1923 etwa 11000 Menschen, von denen die Mehrzahl in den Fabriken von Letchworth[1]) beschäftigt ist, 2700 Häuser, 90 Läden und 50 Fabriken bezw. Werkstätten gezählt. Die Erfolge von Letchworth, besonders auch in gesundheitlicher Hinsicht, sind groß. So kam es, daß im Jahre 1920 eine zweite Gartenstadt, Welwyn[1]), zwischen Letchworth und London gegründet wurde; auch sie hat sich rasch entwickelt und wies 1923 bereits 400 Häuser und 2000 Einwohner auf.

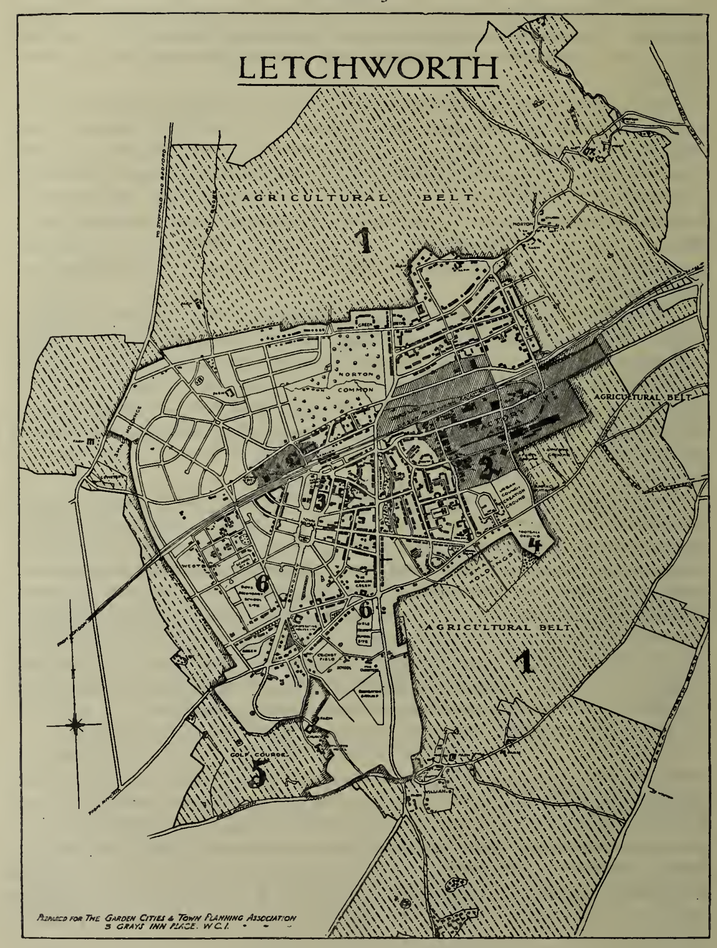
In unserer Abbildung 23 geben wir den Lageplan von Letchworth wieder. Man erkennt deutlich, daß ein großer Teil des ganzen Geländes für landwirtschaftliche Zwecke vorbehalten bleibt, daß sich rechts von der Wohnhäusergegend die Fabriken, links die Ladengeschäfte befinden, daß man mehrere Schulen, ein Krankenhaus, Golf- und Fußballplätze u. a. m. geschaffen hat. Die Abbildung 24 veranschaulicht uns, wie die Wohnhäuser und Straßen in Letchworth gestaltet sind; zum Vergleich fügen wir in der Abbildung 25 ein Straßenbild von Bournville und in der Abbildung 26 ein solches der Gartenvorstadt Karlsruhe an.

In Deutschland hat man bisher noch keinen Versuch, eine selbständige Gartenstadt zu gründen, unternommen, aber in einer Reihe von Städten, so zuerst in Königsberg, Dresden, Karlsruhe, Frohnau bei Berlin, wurden Gartenvorstädte geschaffen. Diese Vorstadtsiedlungen können zwar, schon weil hier die Wohnstätte von der Arbeitsstätte weit entfernt ist, nicht mit dem Vorbild der englischen Gartenstadt verglichen werden, aber sie sind doch hygienisch sehr wertvoll. Leider haben sie den Fehler, daß in ihnen, nach dem Wunsch ihrer Gründer, nur Einfamilienhäuser gebaut werden dürfen. Da diese Bauart sich für den deutschen Durchschnittsarbeiter im allgemeinen nicht eignet, weil sie zu teuer ist, so gehören zu den Bewohnern der Gartenvorstädte fast nur Beamte oder Arbeiter der Oberschicht, die sich in einigermaßen gesicherter Lebenslage befinden.

Die dritte der in Rede stehenden Bewegungen befaßt sich mit der Gründung von Arbeiterkolonien, in denen obdach- und arbeitslose Personen auf kulturfähigem Ödland zur Erschließung neuer Kulturflächen angesiedelt werden sollen. Die erste derartige Siedlung wurde 1882 durch Pastor v. Bodelschwingh bei Bielefeld geschaffen. Nach Angabe von A. Elster haben sich die Arbeiterkolonien zwar nur langsam entwickelt; aber dennoch haben im Jahre 1910 über 12000 Kolonisten in ihnen Aufnahme gefunden. Bemerkt sei noch, daß einer von dem Abgeordneten v. Kaphengst vorgelegten Entschließung, wonach die Bestrebungen der inneren Kolonisation[2]) aus staatlichen Mitteln unterstützt werden sollen, in der Reichstagssitzung vom 16. März 1911 allseitig zugestimmt wurde.

[1]) Siehe „Conference internationale des cités-jardins et de l'aménagements des villes", Paris 1923.
[2]) A. v. Kaphengst-Kohlow: „Soziale Kolonisation. Ein Beitrag zur Beschäftigung vorübergehend Arbeitsloser", Berlin 1909.

Abb. 23.



Lageplan der Gartenstadt Letchworth.

1. Gelände für landwirtschaftliche Zwecke. 2. Fabrikengelände. 3. Geschäftsgegend. 4. Fußballplatz. 5. Golfplatz. 6. Schulen. 7. Krankenhaus.



Abb. 24. Straße in der Gartenstadt Letchworth.



Abb. 25. Straße in dem Fabrikgartendorf Bournville.



Abb. 26. Straße in der Gartenstadt Karlsruhe.

Alle diese genannten Maßnahmen, mit denen man vor dem Kriege das Wohnungs- und Siedlungswesen zu verbessern trachtete, genügten keineswegs. Aber wenn auch die hygienischen Zustände noch nicht befriedigend waren, so konnte man doch hoffen, bei rastlosem Eifer allmählich zum Ziele zu gelangen. Der 1914 ausgebrochene Weltkrieg hat leider einen schweren Rückschlag erzeugt.

An Maßnahmen, welche die Wohnungsnot verhüten bezw. mildern oder beseitigen sollen, hat man es auch während und nach dem Weltkrieg nicht fehlen lassen. Die ersten Vorkehrungen des Reiches und der Länder während des Krieges lehnten sich an die Mittel der Vorkriegszeit an; der Kredit für Kleinwohnungsbauten wurde erleichtert, die Bauordnungen wurden den neuen Verhältnissen angepaßt, Bauland wurde beschafft, das ländliche Siedlungswesen wurde durch neue Bestimmungen gefördert. Aber diese Maßnahmen waren gegenüber den völlig veränderten Verhältnissen, die der Krieg mit sich brachte, viel zu unwirksam; sie traten an Bedeutung bald völlig zurück hinter einer Anzahl von gesetzlichen Einrichtungen, die in einer im Februar 1922 erschienenen Denkschrift[1]) des Reichsarbeitsministers 1. in solche zur Regelung der Mietverhältnisse, 2. in solche zur Bekämpfung des Wohnungsmangels durch Bewirtschaftung der vorhandenen Gebäude und 3. in solche zur Wiederbelebung der Bautätigkeit gegliedert werden.

Bevor wir uns der Schilderung dieser drei Gruppen zuwenden, sei darauf hingewiesen, daß das Reich, welches vor dem Krieg nur in seiner Eigenschaft als Arbeitgeber das Kleinwohnungswesen gefördert hatte, seit dem Krieg auch auf diesem Gebiete eine umfangreiche Tätigkeit entfaltet hat. Die Reichsverfassung vom 11. August 1919 gab hierfür eine feste Grundlage; sie bestimmt im Artikel 10 unter Nr. 4, daß das Reich im Wege der Gesetzgebung Grundsätze für das Bodenrecht, die Bodenverteilung, das Ansiedlungs- und Heimstättenwesen, die Bindung des Grundbesitzes, das Wohnungswesen und die Bevölkerungsverteilung aufstellen kann. Der Artikel 155 der Reichsverfassung ordnet folgendes an:

„Die Verteilung und Nutzung des Bodens wird von Staats wegen in einer Weise überwacht, die Mißbrauch verhütet und dem Ziele zustrebt, jedem Deutschen eine gesunde Wohnung und allen deutschen Familien, besonders den kinderreichen, eine ihren Bedürfnissen entsprechende Wohn- und Wirtschaftsheimstätte zu sichern. Kriegsteilnehmer sind bei dem zu schaffenden Heimstättenrecht besonders zu berücksichtigen.

Grundbesitz, dessen Erwerb zur Befriedigung des Wohnungsbedürfnisses, zur Förderung der Siedlung und Urbarmachung oder zur Hebung der Landwirtschaft nötig ist, kann enteignet werden. Die Fideikommisse sind aufzulösen. Die Bearbeitung und Ausnutzung des Bodens ist eine Pflicht des Grundbesitzers gegenüber der Gemeinschaft. Die Wertsteigerung des Bodens, die ohne eine Arbeits- oder Kapitalaufwendung auf das Grundstück entsteht, ist für die Gesamtheit nutzbar zu machen.“

Die ersten schon im Jahre 1916 geschaffenen, die Regelung der Mietverhältnisse betreffenden Maßnahmen bezweckten einen Mieterschutz; es wurde insbesondere angeordnet, daß, wenn der Mieter außerstande ist, rechtzeitig den Mietzins zu zahlen, eine Zahlungsfrist zu gewähren ist. Die Bekanntmachung zum Schutze der Mieter vom 26. Juli 1917, die mit einigen späteren Ergänzungen noch heute die Grundlage für das geltende Mieterschutzrecht darstellt, brachte dem Mieter das Recht, im Falle der Kündigung seitens des Vermieters oder einer Erhöhung des Mietzinses die Entscheidung des Einigungsamtes herbeizuführen. Die Einigungsämter dürfen bei der Mietzinsbildung naturgemäß

[1]) Reichstagsdrucksache 1922 Nr. 3472.

nicht einseitig verfahren und nur das Interesse der Mieter ins Auge fassen, sie müssen auch darauf Bedacht nehmen, daß die Wirtschaftlichkeit des Hausbesitzes bei dem ständig steigenden Aufwand für die Verwaltung, Reparaturen usw. nicht beeinträchtigt wird. Diese Zwecke suchte man zunächst durch Richtlinien für die Einigungsämter, dann durch Verordnungen, welche manche Gliedstaaten schufen, schließlich durch das Reichsmietengesetz vom 24. März 1922 zu erreichen.

Der Bekämpfung des Wohnungsmangels durch Bewirtschaftung der vorhandenen Gebäude diente bereits die Bekanntmachung über Maßnahmen gegen den Wohnungsmangel vom 23. September 1918. Hiernach konnten die obersten Landesbehörden Gemeinden mit besonders starkem Wohnungsmangel zu geeigneten Maßnahmen ermächtigen; es konnte untersagt werden, Gebäude abzubrechen oder Räume, die bis zum 1. Oktober 1918 als Wohnräume benutzt wurden, als Betriebsräume zu verwenden, vor allem aber konnten die Gemeinden dem Verfügungsberechtigten für unbenutzte Räume, die sich zu Wohnzwecken eigneten, einen Wohnungsuchenden zuweisen. Diese Anordnung, betreffend die Zwangseinquartierung (§ 9), wurde dann durch das Gesetz vom 11. Mai 1920 dahin ergänzt, daß Eingriffe in die Freizügigkeit sowie Unverletzlichkeit der Wohnung und des Eigentums als zulässig erklärt wurden, soweit die Behebung oder Milderung der Wohnungsnot solche Maßnahmen dringend erfordert.

Durch die Beschlagnahme von Teilen übergroßer Wohnungen konnten, wie in der Denkschrift des Arbeitsministers mitgeteilt wird, viele Wohnungsuchende untergebracht werden. Die Umwandlung übergroßer Wohnungen in mehrere selbständige Wohnungen, von denen jede auch eine Küche besitzen mußte, war jedoch vielfach schwierig (oft sogar unmöglich) und häufig sehr kostspielig. Eine Reihe von Gemeinden hat daher seit 1920 auf die Beschlagnahme derartiger Räume und die Zwangseinquartierung verzichtet, wenn der Verfügungsberechtigte einen Betrag entrichtete, der zur Herstellung einer gleichen Anzahl neuer Wohnräume genügte.

Daß die Zwangseinquartierung ein namentlich in gesundheitlicher Hinsicht sehr bedenkliches Mittel darstellt, ist nach unseren obigen Darlegungen ohne weiteres zu erkennen.

Durch die Bewirtschaftung der vorhandenen Gebäude kann naturgemäß der Wohnungsmangel für die Dauer nicht bekämpft werden; dazu ist eben eine umfassende Neubautätigkeit erforderlich. Die Kosten für den Neubau einer Wohnung waren aber bereits Anfang 1918 auf das Zwei- bis Dreifache des Friedenspreises gestiegen, während die Mieten nicht annähernd so stark in die Höhe gegangen waren; eine hinreichende Verzinsung des Baukapitals für Neubauten war daher nicht zu erwarten. Zur Belebung der Neubautätigkeit mußte man daher Baukostenzuschüsse aus öffentlichen Mitteln gewähren. Mit der Zubilligung öffentlicher Zuschüsse suchte man gleichzeitig eine bestimmte Siedlungs- und Wohnungspolitik zu verwirklichen; man strebte eine Dezentralisation der Bevölkerung an, wollte die deutsche Volkskraft durch Verdichtung der Landbevölkerung stärken und in den großen Städten den Flachbau fördern. In letzterer Hinsicht wurde allerdings, infolge der oben gekennzeichneten Übertreibungen mancher Wohnungsreformer, zu einseitig verfahren; die gesetzgebenden Körperschaften gingen eben, wie aus der Denkschrift des Reichsarbeitsministers zu ersehen ist, von der Ansicht aus, daß „man nur in einem Kleinhaus mit Garten auf die Dauer zufriedene und gesunde Familien erhalten könne“.

Die Bekanntmachung des Bundesrates vom 31. Oktober 1918 bestimmt, daß dem Bauherrn Ersatz für den Teil des Bauaufwandes geleistet wird, der durch die infolge des Krieges herbeigeführte vorübergehende übermäßige Verteuerung des Baues verursacht wird (Baukostenüberteuerung). Die notwendige Beihilfe soll zur Hälfte vom Reich aufgebracht werden, wenn die andere Hälfte von den Bundesstaaten und den Gemeinden übernommen wird. Die Zuschüsse dürfen nur für die Herstellung von Klein- und Mittelwohnungen gewährt werden. Kinderreiche Familien, Kriegsbeschädigte, Familien von Kriegsteilnehmern, Kriegerwitwen sind vorzugsweise zu berücksichtigen. Da sich aber zeigte, daß die Bauherren vielfach die bei der Herstellung der Wohnungen erforderliche Sparsamkeit im Hinblick auf die öffentlichen Zuschüsse vermissen ließen, wurde in der Bekanntmachung des Reichsrates vom 10. Januar 1920 der jeweils zu gewährende Beihilfebetrag nach oben begrenzt. Zugleich wurde angeordnet, daß in erster Linie Flachbauten mit hinreichendem Gartenland Zuschüsse empfangen sollen, dreigeschossige Mehrfamilienhäuser dagegen nur innerhalb der Städte oder der Landgemeinden mit städtischer Entwicklung. Bauten mit mehr als drei Geschossen dürfen Beihilfen nur erhalten, wenn sie zur Ausfüllung von Baulücken hergestellt werden, und überdies nur, wenn die oberste Landesbehörde die Zustimmung erteilt.

Um die Geldmittel, die für die Baukostenzuschüsse erforderlich sind, aufzubringen, hat man eine Wohnungsabgabe gesetzlich eingeführt. Die erste Anregung hierzu stammt von dem Schöneberger Stadtbaurat Martin Wagner, der in einer 1916 veröffentlichten Schrift forderte, daß die Wohnungsinhaber, deren Mieten infolge des Mieterschutzes niedrig geblieben waren, eine Abgabe, aus deren Ertrage Zuschüsse für Neubauten bewilligt werden sollen, zu entrichten haben. Dieser Gedanke wurde lebhaft erörtert und führte schließlich zu dem Gesetz über die Erhebung einer Abgabe zur Förderung des Wohnungsbaues vom 26. Juni 1921. Hiernach hatten alle vor dem 1. Juli 1918 hergestellten Gebäude eine Mietsteuer zu zahlen. Abgabeschuldner war der Mieter bezw. der Eigentümer, der seine eigenen Räume bewohnt oder benutzt. So trefflich dieser Gedanke zu sein schien, so wenig nützte seine Verwirklichung; der Einzug der Wohnungsabgabe kostete in der Zeit der Geldentwertung so viel, daß für den Wohnungsbau kaum etwas übrigblieb.

Schließlich seien unter den zahlreichen Maßnahmen, welche die Neubautätigkeit fördern sollen, noch das Reichssiedlungsgesetz vom 11. Mai 1919 und das Reichsheimstättengesetz vom 10. Mai 1920 genannt. Das erstere verpflichtet die Länder, dort, wo gemeinnützige Siedlungsunternehmungen nicht vorhanden sind, solche zu begründen zur Schaffung neuer Ansiedlungen sowie zur Hebung bestehender Kleinbetriebe, doch höchstens auf die Größe einer selbständigen Ackernahrung. Staatsdomänen sind dem zuständigen gemeinnützigen Siedlungsunternehmen zu höchstens dem Ertragswerte zum Kauf anzubieten, soweit nicht ihre Erhaltung im Staatsbesitz für Unterrichts-, Versuchs- oder andere Zwecke öffentlicher oder volkswirtschaftlicher Art erforderlich ist. Die Landgemeinden und Gutsbezirke haben denjenigen Arbeitern, welche im landwirtschaftlichen Betriebe ihres Bezirkes ständig tätig sind, auf ihren Wunsch Gelegenheit zur Pacht oder sonstigen Nutzung von Land für den Bedarf des Haushaltes zu geben; diese Verpflichtung gilt als erfüllt, wenn als Pacht- oder Nutzland bis zu 5% der landwirtschaftlich genutzten Gemeinde- oder Gutsfeldmark zur Verfügung gestellt sind.

Nach dem Reichsheimstättengesetz können das Reich, die Länder und die Gemeinden bezw. Gemeindeverbände Grundstücke, die aus einem Einfamilienhaus mit Nutzgarten bestehen (Wohnheimstätten) oder landwirtschaftliche oder gärtnerische Anwesen, zu deren Bewirtschaftung eine Familie unter regelmäßigen Verhältnissen keiner ständigen fremden Arbeitskräfte bedarf (Wirtschaftsheimstätten), als Heimstätten zu Eigentum abgeben. Kriegsteilnehmer, insbesondere Kriegsbeschädigte, sowie Witwen der im Kriege Gefallenen und kinderreiche Familien sind bei der Vergebung der Heimstätten vorzugsweise zu berücksichtigen. Die oberste Landesbehörde kann Vorschriften über die geringste und die höchste zulässige Größe der Heimstätten erlassen.

Aus unseren Darlegungen wird man immerhin ersehen, daß es an dem guten Willen der gesetzgebenden Körperschaften, das Wohnungs- und Siedlungswesen so zu gestalten, daß die Volksgesundheit gefördert wird, nicht fehlt. Daß man aber mit den vielen bisherigen Gesetzen und Verordnungen nun tatsächlich dem von allen angestrebten Ziel auch nur einigermaßen näher gekommen wäre, kann leider nicht festgestellt werden. Der frühere badische Landeswohnungsinspektor Kampffmeyer, einer der Hauptvorkämpfer des Gartenstadtgedankens, hat im Jahre 1919 in der Erkenntnis, daß unter den obwaltenden Zuständen die Wirksamkeit der gemeinnützigen Baugenossenschaften zu schwach ist, den Entwurf eines Gesetzes, wonach zunächst der gesamte städtische Hausbesitz sozialisiert werden soll, veröffentlicht. Dieser Plan, der auch auf der im Jahre 1919 veranstalteten Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege eingehend erörtert worden ist, fand jedoch einen so heftigen Widerstand bei vielen einflußreichen Stellen, daß er aufgegeben wurde. Auch der Vorschlag von G. Heyer[1]), für die Verwaltung und Verteilung der Wohnungen eine vom gemeinwirtschaftlichen Gedanken getragene Privatwirtschaft, eine Art Hausbesitzersyndikat, zu schaffen, hat bis jetzt keinen Anklang gefunden.

Erwähnt sei hier noch der an sich beachtenswerte Vorschlag einer Reichswohnversicherung, den Schmittmann 1917 veröffentlicht hat; auch dieser Plan, wonach die Wohnversicherung für Arbeiter mit der Invalidenversicherung verbunden werden soll, hat insbesondere gegenwärtig keine Aussicht, verwirklicht zu werden.

Hingewiesen sei auch auf die tatkräftige Selbsthilfe, mit der unter Führung von D. Schmude[2]) nach dessen Plänen seit 1919 in Völpke eine Siedlung auf einem bisher brachliegenden Gelände geschaffen wird. Eigenhandbauvereine nach diesem Vorbild wurden dann auch an anderen Orten gebildet, worüber z. B. Scheuermann[3]) berichtet. Aber diese Siedlungen können naturgemäß nur auf einen verhältnismäßig kleinen Kreis wirken.

Da umfassende und tiefgreifende Maßnahmen zur Verbesserung der Wohnungsverhältnisse zurzeit nicht in Angriff genommen werden können, so muß man um so mehr auch kleinere Mittel anwenden. Hierzu gehören vor allem die Wohnungsaufsicht, welche das Preußische Wohnungsgesetz vom 28. März 1918 für die großen Städte vorschreibt, und die öffentliche Wohnungspflege, wie sie in manchen Städten und ländlichen Bezirken seit vielen Jahren gehandhabt wird. Die Wohnungspflegerinnen können auch

[1]) G. Heyer: „Wieder am Scheidewege", Zeitschr. f. Wohnungswesen 1923 Heft 2.

[2]) Detlev Schmude: „Durch Arbeit zur Siedlung", Berlin 1922.

[3]) Scheuermann: „Eigenhandbauvereine nach Schmudeschem Vorbild", Zeitschr. f. Wohnungswesen 1920 Heft 19.

jetzt, wie A. Gut[1]) ausgeführt hat, auf Reinlichkeit und Lüftung sowie auf Beseitigung der Wohnungsfeuchtigkeit, sofern sie durch falsche Wohnungsbenutzung entsteht, dringen. Von nicht zu unterschätzendem Wert ist ferner die Belehrung darüber, daß die Wohnräume nach gesundheitlichen Gesichtspunkten verwendet werden sollen, damit insbesondere nicht, was häufig geschieht, das größte Zimmer als „gute Stube" unbenutzt bleibt, während in unzulänglichen Kammern geschlafen wird.

Literatur: *1.* ***R. Abel:*** *„Feuchte Wohnungen: Ursache, Einfluß auf die Gesundheit und Mittel zur Abhilfe", Deutsche Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1903 Heft 1. — 2.* ***L. Ascher:*** *„Der Einfluß des Rauches auf die Atmungsorgane", Stuttgart 1905 (siehe dazu die Besprechung von A. Gottstein im Jahresbericht über soziale Hygiene, Jena 1906 S. 123). — 3.* ***M. Baum:*** *„Wohnweise kinderreicher Familien in Düsseldorf-Stadt und Land", Veröffentl. d. Ver. f. Säuglingsfürs. i. Reg.-Bez. Düsseldorf Heft 12, Berlin 1917. — 4.* ***M. Bernays*** *und* ***S. Schott:*** *„Kinderreiche Familien in Mannheim und ihre Wohnungen", Schriften d. Bad. Landeswohnungsvereins 1918 Heft 15. — 5.* ***Damaschke:*** *a) „Die Bodenreform und die Lösung der Wohnungsfrage", Stuttgart 1906; b) „Volksgesundheit und Bodenreform", Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 1921 Nr. 18. — 6.* ***R. Eberstadt:*** *„Handbuch des Wohnungswesens und der Wohnungsfrage", 4. Aufl., Jena 1920. — 7.* ***A. Elster:*** *„Wanderarbeitsstätten", Art. i. Handw. d. Staatsw. 3. Aufl. Bd. VIII, Jena 1911. — 8.* ***Feig*** *und* ***Mewes:*** *„Unsere Wohnungsproduktion und ihre Regelung", Göttingen 1911. — 9.* ***A. Fischer:*** *a) „Die Verwirklichung des Gartenstadtgedankens und die Frage: Kleinhaus oder Mietskaserne?" Med. Reform 1907 Nr. 36 und 37; b) „Gartenstadt und Gesundheit", Frankfurt. Zeitung 1908 Nr. 177, dazu (als Erwiderung gegen Kampffmeyer) „Einfamilienhaus oder Häuserblock?" Frankfurt. Zeitung 1908 Nr. 203; c) „Zur Kritik der Gartenstadtbewegung", Med. Reform 1909 Nr. 23. — 10.* ***M. Flesch:*** *a) „Hygienische Ergebnisse der Aktienbaugesellschaft für kleine Wohnungen in Frankfurt", Med. Reform 1911 Nr. 1; b) „Die Sterblichkeit in den Häusern der Aktienbaugesellschaft für billige Wohnungen in Frankfurt a. M.", Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1922 Bd. 15 Heft 1. — 11.* ***C. Flügge:*** *„Großstadtwohnungen und Kleinhaussiedlungen in ihrer Einwirkung auf die Volksgesundheit", Jena 1916. — 12.* ***J. P. Frank:*** *siehe Literatur S. 122 Ziffer 11. — 13.* ***Th. Fritsch:*** *„Die Zukunft der Stadt", Leipzig 1895. — 14.* ***J. Fuchs:*** *„Wohnungswesen", Art. i. Handw. d. Staatw., 3. Aufl., Jena 1911. — 15.* ***Gmünd:*** *„Hygienische Betrachtungen über offene und geschlossene Bauweise, über Kleinhaus und Mietskaserne", D. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1907 Heft 2 und 3. — 16.* ***Gretschel:*** *„Das Wohnungswesen", Abh. in Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl., Leipzig 1914, Bd. IV Abt. 5. — 17.* ***M. v. Gruber:*** *a) „Kolonisation in der Heimat", Veröffentl. d. Deutsch. Ver. f. Volkshygiene, München 1908, Heft 14; b) „Über Siedlungsreform", Zeitschr. f. Wohnungswesen in Bayern Jahrg. 13 Nr. 10 und 11. — 18.* ***Ebenezer Howard:*** *„Garden Cities of To Morrow", London 1898, deutsche Übersetzung von M. Wallroth-Unterlist „Gartenstädte in Sicht", Jena 1907. — 19.* ***F. Hüppe:*** *„Wohnung und Gesundheit", Abh. in Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl., Leipzig 1912, Bd. IV. — 20.* ***E. Jäger:*** *„Grundriß der Wohnungsfrage und Wohnungspolitik", München-Gladbach 1911. — 21.* ***H. Kampffmeyer:*** *a) „Gartenstadt und Volksgesundheit", Frankfurter Zeitung 1908 Nr. 196; b) „Die Gartenstadtbewegung", Bd. 259 von „Natur und Geistesw.", Leipzig 1909, 2. Aufl. 1913; c) gemeinsam mit Stürzenacker: „Wohnungsfürsorge und Ansiedlungstätigkeit nach dem Kriege", Schriften d. Bad. Landeswohnungsver. Heft 9, Karlsruhe 1917; d) „Wohnungsnot und Heimstättengesetz", Schriften zur Wohnungsfrage Heft 6, Karlsruhe 1919; e) „Wohnungs- und Siedlungspolitik", München 1920. — 22.* ***A. v. Kaphengst-Kohlow:*** *„Soziale Kolonisation", Berlin 1909. — 23.* ***Kathe:*** *„Sommerklima und Wohnung in ihren Beziehungen zur Säuglingssterblichkeit", Jena 1911. — 24.* ***Albert Kohn:*** *„Unsere Wohnungsuntersuchungen" (die Berichte erscheinen seit 1902 im Auftrage der Allg. Ortskrankenkasse Berlin jährlich, zuletzt 1922). — 25.* ***K. v. Mangoldt:*** *„Jahrbuch d. Wohnungsreform 1908/10", Göttingen 1911. — 26.* ***Fr. Oesterlen:*** *„Handbuch der Hygieine", Tübingen 1851, 3. Aufl. 1876. — 27.* ***Fr. Oppenheimer:*** *„Die Siedlungsgenossenschaft", Berlin 1896. — 28.* ***H. Rietschel:*** *a) „Die Sommersterblichkeit der Säuglinge ein Wohnungsproblem", Deutsch. med. Wochenschr. 1911 Nr. 40; b) „Fürsorge, Wohnungselend und Bodenreform", Zeitschr. f. Säuglings- u. Kleinkindersch. Bd. XII 1920 S. 495. — 29.* ***M. Rubner:*** *a) „Hygienisches von Stadt und Land", München 1898; b) „Die Wohnung und ihre Beziehung zur Tuberkulose", Abhandl. in „Die deutsche Klinik am Eingange des 20. Jahrh.", Berlin 1905, Bd. XI. — 30.* ***Schilling:*** *„Welche Mindestanforderungen sind an die Beschaffenheit der Wohnungen, insbesondere der Kleinwohnungen, zu stellen?" Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1907 Heft 1. — 31.* ***B. Schmittmann:*** *„Reichswohnversicherung", Schrift d. Deutsch. Gesellsch. f. soz. Recht Heft 1, Stuttgart 1917. — 32.* ***S. Schott:*** *siehe oben Ziffer 4.*

[1]) Siehe die Fußnote S. 123.

5. Kleidung.

Vor dem Weltkriege hat man zwar von einer in manchen Volksschichten herrschenden Wohnungsnot und auch von einer Nahrungsmittel- bezw. Fleischnot gesprochen, aber von einer Kleidernot hat man, von seltenen Ausnahmen abgesehen, nichts gehört. Die Gesundheitsschädigungen, die man auf dem Gebiete des Bekleidungswesens beobachtete, waren zumeist auf Torheiten der Mode[1]), insbesondere bei dem weiblichen Geschlecht, zurückzuführen. Gegen einen angemessenen Modewechsel ist nichts einzuwenden; wir haben aber eine Modehetze[2]) erlebt. Und diese kulturellen Verirrungen zeigten sich bei den Wohlhabenden gewöhnlich in noch stärkerem Maße als bei den Minderbemittelten, so daß der Sozialhygieniker auch hier wieder allen Anlaß hatte, sich mit der Hygiene der oberen Zehntausend[3]) zu befassen. Seit dem Weltkrieg aber beeinflußten auf dem Gebiete des Bekleidungswesens nicht nur die verschiedenartigen Moderichtungen, sondern auch die wirtschaftlichen Zustände in bisher nicht gekanntem Umfange die Gesundheitsverhältnisse.

Die Kleidung hat mannigfache Aufgaben zu erfüllen. Auch hier sehen wir wieder, wie eng die Hygiene mit der Moral und auch der Ästhetik verbunden ist.

Schon in den frühesten Zeiten der Kultur diente die Kleidung zum Schutz gegen die Unbilden der Witterung sowie gegen Angriffe von Feinden und Tieren, sodann zum Schmuck und zur Wahrung einer zunächst wohl nur instinktmäßig empfundenen Sittlichkeit. Die Eigenschaft der Tiere, sich den klimatischen Verhältnissen anzupassen, besitzt der Kulturmensch nicht mehr in dem notwendigen Maße; er sucht diesen Verlust durch die Kleidung auszugleichen. Hierbei wird jedoch ein bisweilen übertrieben großer Wert auf ein gefälliges Aussehen gelegt; und der oft auf Abwege sich verirrende Geschmack gerät nicht selten in Widerspruch mit der Gesundheitspflege und der Sittlichkeit.

Pettenkofer[4]) hat in einer 1872 gehaltenen Rede die Kleidung mit der Wohnung verglichen und hierüber folgendes geäußert:

„Nie darf das Haus eine Vorrichtung sein, uns von der äußeren Luft abzuschließen, so wenig als die Kleidung. Kleidung und Haus gehen in gewissen Formen ineinander über. Mantel und Zelt stehen sich sehr nahe. Den weiten schweren Radmantel, den man früher so häufig getragen hat, könnte man ein Zelt heißen, welches man mit sich herumträgt, und das Zelt einen feststehenden Mantel, mit welchem man sich einhüllt, in welchen man mit dem ganzen Leib hineinschlieft, wie man etwa mit den Armen in den Ärmel eines Rockes hineinschlieft. Der Hut ist das Dach der Kleidung, und das Dach die Kopfbedeckung des Hauses.“

a) Der Einfluß der Kleidung auf die Gesundheit.

Die Gewänder sollen verhindern, daß in kalten und kühlen Zeiten die Luft dem Körper zuviel Wärme entzieht; ferner sollen sie vor Nässe schützen. Andererseits darf die Kleidung nicht daran hindern, den Körper abzuhärten. Sie muß auch leicht vom Staub, Schweiß und sonstigen Verunreinigungen zu befreien sein. Nach diesen Gesichtspunkten ist die Auswahl der Kleidungsstücke je nach der Temperatur, der Tätigkeit und den sonstigen Verhältnissen auszuwählen. Wird hiergegen, sei es aus Rücksicht auf die herrschende Mode, sei es aus Unkenntnis oder Nachlässigkeit, sei es aus wirtschaft-

[1]) A. Elster versteht unter Mode „vorübergehend herrschende Formen menschlicher Kleidungsstücke, deren Entstehen auf erotischem Variationsbedürfnis und deren Ausbreitung auf den massenpsychologischen Tendenzen der Nachahmung und sozialen Differenzierung beruht“. (Siehe „Mode“, Art. i. Handw. d. Staatsw., Jena 1924 Bd. 6.)

[2]) Vgl. G. Klatt: „Hygiene und Ethik“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1917 S. 418 ff.

[3]) Vgl. S. 6.

[4]) M. v. Pettenkofer: „Populäre Vorträge“, 4. Abdruck Heft 1, Braunschweig 1877.

licher Not, welche die Beschaffung der erforderlichen Kleidungsstücke behindert, verstoßen, so wird die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt, und Krankheiten mannigfacher Art, zumeist Erkältungskrankheiten, aber auch Hautkrankheiten sowie die Verbreitung von Ungeziefer sind zu erwarten.

Auch die Bearbeitung der Kleiderstoffe, ihr Schnitt, der von der Mode vorgeschrieben wird, führt oft zu Erkrankungen.

In erster Linie ist hier das Korsett anzuführen, das auf die Atmungs-, Verdauungs- und Blutkreislaufswerkzeuge einen schädlichen Druck ausübt. Aber auch der von vielen

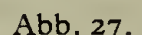
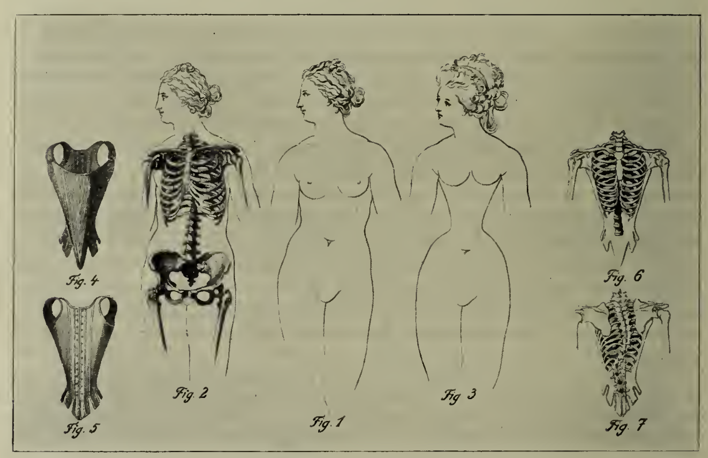


Abb. 27.



Die Wirkungen der Schnürbrust.
Kupfertafel von S. Th. Sömmering (1793).

Männern, zumeist Arbeitern, benutzte Leibriemen wirkt nachteilig. Unrichtig zugeschnittene Fußbekleidung, insbesondere der spitze Schuh, der den natürlichen Bau des Fußes nicht berücksichtigt, verkrüppelt die Zehen und erzeugt Schwielen, Hühneraugen und Blasen, aus denen sich oft genug Entzündungen und Eiterungen entwickeln. Dazu kommt aber vor allem, daß ein ungeeignetes Schuhwerk die Freude, sich im Freien zu bewegen, beeinträchtigt; die Fußwanderungen sind eine Schuhfrage. Auch unzweckmäßige Unterkleider sind gesundheitsschädlich; namentlich die offenen Beinkleider der Frauen geben oft zu Erkältungen Anlaß. Ferner wirken die ringförmig um den Schenkel angelegten Strumpfbänder oft nachteilig, weil sie auf die Blutgefäße drücken und so zu Stauungen und Beingeschwüren führen können. Schließlich sei noch darauf hingewiesen, daß die von den Männern getragenen steifen Kragen, die am Nacken reiben, häufig den Boden für die Entstehung von Furunkeln bereiten.

Um die schädlichen Einflüsse des Korsetts besonders deutlich darzustellen, sei hier in der Abbildung 27 eine Kupfertafel, die der Frankfurter Anatom Sömmering an-

fertigen ließ, wiedergegeben. Als Figur 1 wurde der Umriß der mediceischen Venus gezeichnet. Die Figur 2 bietet denselben Umriß, in den aber Sömmering das schönste weibliche Skelett seiner Sammlung einzeichnen ließ. In Figur 3 wird veranschaulicht, wie der Rumpf der Venus durch eine Schnürbrust verändert worden wäre. Die Figuren 4—7 veranschaulichen, wie das Korsett auf die Rippen und Wirbelsäule einwirkt.

Da die hygienischen Zustände, wie immer wieder zu betonen ist, aufs engste mit den moralischen Verhältnissen zusammenhängen, so muß auch gefordert werden, daß die Kleidung der Unsittlichkeit keinen Vorschub leistet. Nur zu oft findet man aber, daß das weibliche Geschlecht, wie in längst vergangener Zeit so auch heut, gewisse Körperteile — bald sind es die Brüste, bald die Schenkel — unbekleidet läßt, was dann, gewollt oder ungewollt, die Sinnlichkeit des männlichen Geschlechts in unzulässiger Art reizt.

Nossig[1]) berichtet, daß die spartanischen Mädchen, die in ganz Griechenland einen schlechten Ruf hatten, Phaenomeriden, d. h. die Schenkel sehen Lassenden, genannt wurden, und er führt folgenden Vers des Euripides an:

„Die gerne mit Jünglingen des Vaters Haus verlassen
Und sich mit offenem Rock und mit nackten Schenkeln zeigen."

Zutreffend betont Nossig, daß auf ein Volk nichts stärker zersetzend wirkt, als die Unsittlichkeit der Frauen, und er weist auf das Wort eines französischen Denkers hin: „La richesse d'une nation, c'est la pudeur de ses femmes."

In Dante's „Göttlicher Komödie" (Fegefeuer, 23. Gesang) heißt es, daß den Frauen in Florenz von der Kanzel herab verboten wurde, den Busen zu offenbaren.

Nach Angabe von J. P. Frank hat der Senat von Venedig im Jahre 1648 verordnet, daß nur den öffentlichen Dirnen erlaubt wird, mit entblößtem Busen zu gehen; den übrigen Frauen war dies bei einer Strafe von 500 Dukaten und Verlust der Ehrenstellen der betreffenden Ehemänner verboten. In Wien wurde 1776 auf kaiserlichen Befehl untersagt, mit entblößtem Busen die Kirche zu besuchen.

Wohlgemerkt, es ist vom gesundheitlichen Standpunkt aus nichts dagegen einzuwenden, wenn außer dem Gesicht und den Händen auch andere Körperteile an die freie Luft gewöhnt werden; aber vorausgesetzt muß hierbei werden, daß diese Abhärtung nicht dazu dienen soll, den Geschlechtssinn zu unrichtiger Zeit und am falschen Ort zu erregen.

b) Zustände im Bekleidungswesen.

Die Griechen und Römer, die der Körperpflege so viel Sorgfalt widmeten, waren auch auf eine natur- und gesundheitsgemäße Bekleidung bedacht. Die Männer trugen aus Wolle oder Leinen hergestellte Unter- und Obergewänder, unter denen die Glieder in vollster Freiheit sich entwickelten; durch diese Kleider konnte die Luft eindringen und auf die Haut einwirken. Zweckdienlich und schön waren auch die Kleidungsstücke der Frauen gestaltet, was man auf zahlreichen Bildhauerwerken und Tanagrafiguren mit Bewunderung sieht. Unsere Abbildung 28, die einem attischen Vasengemälde entnommen ist, zeigt uns sechs jugendliche Frauengestalten, deren Kleider Hals, Arme und Füße freilassen. (Die Abbildung 28 ist überdies noch aus zwei anderen Gründen von Interesse; sie läßt uns erkennen, wie viel Zeit und Arbeit es einst gekostet hat, sich das zum Kochen und Waschen erforderliche Wasser zu beschaffen, und ferner, wie man im alten Griechenland bereits zu einer Art Gewerbeschutz — die zweite Gestalt von rechts hat sich unter den Krug einen Kopfkringel [siehe S. 22] gelegt — gelangt ist.) Bei dieser Art der Gewänder entstanden die schönen Körperformen, welche die griechischen und römischen Bildhauer verewigt haben.

---

[1]) Siehe Literatur S. 39 Ziffer 15.

Wie Tacitus[1]) schildert, war die allgemeine Tracht der Germanen ein Mantel, der mit einer Spange oder in deren Ermangelung mit einem Dorn zusammengehalten wurde. Nur die Wohlhabenden legten dicht an den Körper ein besonderes Gewand an. Außerdem wurden Tierfelle getragen. Das germanische Weib hatte keine andere Tracht als der Mann; es bediente sich jedoch öfter leinener, mit Purpurstreifen verzierter Gewänder, welche ärmellos waren, so daß Schultern, Arme und ein Teil der Brust unbedeckt blieben. Hiermit war freilich die Kleidung der Römer und namentlich der Römerinnen in der Verfallzeit nicht mehr zu vergleichen.

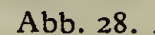


Abb. 28.



Kleidertracht griechischer Jungfrauen.
Bild auf einer attischen Vase des 6. Jahrh. v. Chr. (Nach Eduard Gerhard.)

Aber auch in Deutschland blieb es bei dieser einfachen und gesundheitsgemäßen Kleidung nicht. Die römische und später die byzantinische Kultur beeinflußten die Mode der ganzen Welt, und durch die Kreuzzüge wurden die Unterschiede bei den Völkern des Abend- und Morgenlandes immer mehr beseitigt. So zeitigte die Mode auch in Deutschland im Mittelalter, in der Neuzeit und bis in unsere Tage die sinnlosesten Absonderlichkeiten, die oft die Volksgesundheit aufs schwerste schädigten. Aus der unübersehbaren

[1]) Siehe seine Schrift „Germania", übersetzt von M. Oberbreyer, Reklams Universalbibl. Nr. 726. — In einer Anmerkung führt Oberbreyer an, daß der römische Dichter Martial sich über die Römerinnen folgendermaßen geäußert hat:

„Galla, dein Putztisch flickt dich aus hundert Lügen zusammen,
Während in Rom du lebst, rötet am Rhein sich dein Haar,
Wie dein Seidengewand, so hebst du am Abend den Zahn auf,
Und zwei Drittel von dir liegen in Schachteln verpackt.
Wangen und Augenbrauen, womit du Erhörung uns zuwinkst,
Malte der Zofe Kunst, welche dich morgens geschmückt.
Drum kann kein Mann zu dir: ich liebe dich! sagen;
Was er liebt, bist nicht du; was du bist, liebet kein Mann."

Fülle der Modetorheiten seien nur einige hervorgehoben. In unserer Abbildung 29 sehen wir ein Liebespaar aus dem 15. Jahrhundert dargestellt. Der Jüngling trägt offenbar eine Art Korsett, das eine Einschnürung des Brustkorbs verursacht; ganz sinnlos sind auch die langen Spitzen an den Schuhen. Das Mädchen hat an seinem offenbar schweren Kleide eine lange Schleppe, die wohl reichlichen Staub aufgewirbelt und viel Straßenschmutz in die Wohnung übertragen hat. Die ganze Haltung des Mädchens läßt auf einen durch die gesundheitswidrige Tracht verunstalteten Körper schließen.. Der Bauch wird vorgestreckt, ohne daß jedoch hiermit eine Schwangerschaft vorgetäuscht werden soll. Auf zahlreichen Gemälden der kölnischen und niederländischen Schulen des 15. Jahrhunderts finden wir sogar heilige Jungfrauen in dieser Tracht und Haltung, was beweist, daß diese Mode damals weit verbreitet war; wir sehen derartige Frauengestalten auch auf vielen Bildern des 16. Jahrhunderts, auf Handzeichnungen und Stichen von Dürer, Holbein u. a. Auch in den folgenden Jahrhunderten hörten die Torheiten bei der Gestaltung der jeweiligen Kleidertracht[1]) nicht auf. Zutreffend weist E. Reich darauf hin, daß die französische Revolution in einer Nacht den Adel abschaffen, aber nimmermehr in derselben Zeit das Kleid wechseln konnte, und daß der Sturm, der eine tausendjährige Monarchie zerbrach, vorerst den Puder auf den Backen liegen ließ. Dann kam freilich von Frankreich her die sogenannte Empiretracht, die sich an den antiken Geschmack in gewisser Hinsicht anlehnte und vor allem das Korsett verabscheute; in Deutschland war in dieser Richtung die Tracht der Königin Luise vorbildlich. Aber diese Zeit dauerte nur etwa ein Menschenalter. Die junge Burschenschaft hat zwar, wie H. Jäger anführt, auf der Wartburg mit Zopf, Perücke, Korporalstock und den Schriften Kotzebues auch die Schnürbrust feierlich verbrannt, die Mode brachte jedoch nicht nur den Reifrock, sondern auch die Schnürbrust zurück; das ganze 19. Jahrhundert fand dann nicht die Kraft, diese Zwangsjacke abzuschütteln.

Abb. 29.



Trachten im 15. Jahrhundert.
Kupferstich von Israhel van Meckenem.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts litten, vorzugsweise in den Städten, aber auch auf dem Lande, beide Geschlechter unter dem engen spitzen Schuh und die Frauenwelt noch

[1]) Siehe M. v. Boehm: „Die Mode. Menschen und Moden im 18. Jahrhundert", München 1909; „Die Mode. Menschen und Moden im 19. Jahrhundert", München 1910; „Die Mode. Menschen und Moden im 17. Jahrhundert", München 1913.

überdies unter dem Korsett. Da gelang es gelegentlich des Internationalen Kongresses für Frauenwerk und Frauenbestrebungen, der im Herbst 1896 in Berlin stattfand, dem Berliner Arzt Karl Spener, die allgemeine Aufmerksamkeit darauf zu lenken, daß es dringend notwendig sei, die Frauenkleidung neuzugestalten; er forderte Beseitigung des Korsetts, insbesondere bei den Kindern, Fußfreiheit des Oberrocks und Ersatz des Unterrocks durch ein geschlossenes Beinkleid. Unter Leitung von Margarete Pochhammer wurde der Verein[1]) für Verbesserung der Frauenkleidung gegründet. Nach mancherlei Schwierigkeiten hat sich, namentlich nachdem der Maler Schultze-Naumburg sehr eindrucksvoll in Wort und Bild für die neuen Bestrebungen eingetreten war, die anfangs so verspottete korsettlose Tracht in allen Bevölkerungsschichten des In- und Auslandes Eingang verschafft; sie wurde sogar in Paris Mode. Und auch ein dem Bau des Fußes angepaßtes Schuhwerk wurde eingeführt.

Die Entwicklung dieser vernünftigen Mode wurde durch die Ausdehnung der weiblichen Berufsarbeit, die eine gesundheitliche Kleidung erforderte, und der mannigfaltigen sportlichen Betätigung, an der beide Geschlechter sich beteiligten, wesentlich unterstützt.

Von der in den letzten Jahren vor dem Weltkriege herrschenden Kleidermode waren erhebliche Gesundheitsschädigungen nicht mehr zu befürchten. Es fragt sich nun, ob die wirtschaftlichen oder sozialen Verhältnisse auf dem Gebiete des Bekleidungswesens zu hygienischen Nachteilen geführt haben.

Über die Kleidung der Landbevölkerung insbesondere in Württemberg[2]) und in Bayern[3]) liegen ärztliche Schilderungen vor. Man erfährt, daß sich die ländliche Tracht immer mehr der städtischen nähert, wobei, besonders bei dem weiblichen Geschlecht, „ein gewisser Luxus bezüglich der Oberkleidung eingerissen ist, der oft in direktem Gegensatze zur Qualität und namentlich zur Reinlichkeit der Unterkleider und der Leibwäsche steht“.

Statistische Angaben über die Art, wie sich die Bekleidung bei größeren, sozial oder wirtschaftlich zusammenhängenden Personengruppen gestaltet hat, sind, wenn man von den Soldaten, Gefangenen und anderen, die ihre Kleider nicht frei auswählen durften, absieht, nur sehr spärlich vorhanden. Immerhin erhält man durch einige ziffernmäßige Mitteilungen über die Ausgaben für die Kleidung ein Bild von den obwaltenden Zuständen vor dem Weltkriege. Hingewiesen sei hier zunächst auf die Zahlen unserer Tafel 35 (S. 88) der man entnimmt, daß 11,2 bezw. 12,9% der Gesamtausgaben für die Kleidung aufgewendet wurden.

Einen beachtenswerten Bericht über das Bekleidungswesen in Hamburg hat R. E. May veröffentlicht. Er schildert zunächst auf Grund eigener Beobachtungen, daß sich die Kleidung während der letzten Jahrzehnte vor dem Weltkrieg in den Arbeiterkreisen bei beiden Geschlechtern wesentlich gebessert, ja daß sogar in mancher Hinsicht ein gewisser Luxus Platz gegriffen hat. Dann bietet er über die Bekleidungskosten in 274 Hamburger

[1]) Der Name der Organisation lautet jetzt: Verband für deutsche Frauenkleidung und Frauenkultur. Das Verbandsorgan ist die Zeitschrift „Deutsche Frauenkleidung und Frauenkultur“. Siehe auch das von dem Verband herausgegebene, mit vielen Abbildungen versehene Handbuch „Deutsche Frauenkleidung“, Karlsruhe 1917; hier findet man u. a. besondere Abschnitte über Berufskleidung und Mutterschaftskleidung.

[2]) Die amtlichen „Oberamtsbeschreibungen“ enthalten jeweils einen von dem betreffenden Oberamtsarzt geschriebenen hygienischen Teil, in dem auch die Bekleidung behandelt wird.

[3]) Siehe die vor dem Weltkrieg jährlich erschienenen „Generalberichte über die Sanitätsverwaltung im Kgr. Bayern“.

Familien, die über Einkommen von 1200 bis 6000 ℳ verfügten, zahlenmäßige Angaben, die in unserer Tafel 44 enthalten sind.

Tafel 44.

Ausgaben für Kleidung in Hamburger Familien 1907.

Von 100 ℳ der Gesamtausgaben entfielen bei Durchschnittseinkommen von . . . ℳ auf die Kleidung:

1200—1600 ℳ	1601—2000 ℳ	2001—2500 ℳ	2501—3000 ℳ	3001—4000 ℳ	über 4000 ℳ
8,3	10,1	11,5	13,4	14,4	13,6

(Nach R. E. May.)

Wie schon unserer Tafel 34 (S. 87), so kann jetzt auch der Tafel 44 entnommen werden, daß, im Gegensatz zu dem für die Nahrung geltenden Engelschen Gesetz, der Ausgabenanteil für die Kleidung mit der Höhe des Einkommens steigt. Je kleiner nämlich das Einkommen ist, desto länger wird die Anschaffung von Kleidern, sofern es irgend möglich ist, verschoben, bis durch irgendein plötzliches Ereignis die Dringlichkeit besonders groß geworden ist; dagegen stellen Nahrung und Wohnung gewissermaßen ständige Bedürfnisse dar, die selbst in den schlimmsten Verhältnissen, wenn auch in vermindertem Umfange, sofort befriedigt werden müssen.

Welche Notlage seit dem Weltkriege auch im Bekleidungswesen herrschte, geht aus einer 1922 veröffentlichten Denkschrift[1]) des Reichsgesundheitsamtes hervor. Da Deutschland seine Textilstoffe fast ganz vom Auslande beziehen muß, so setzte schon während des Krieges eine die Volksgesundheit schwer schädigende Knappheit an Bekleidungsstoffen ein. Wenn auch zahlenmäßige Angaben über den Umfang der Notlage nicht zu erhalten sind, so gewinnt man doch aus den dem Reichsgesundheitsamt zugegangenen Berichten der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen, der Schulen und Krankenhäuser eine Vorstellung von den Mißständen, die ja infolge der gewaltigen Preissteigerungen auf dem Kleider- und Wäschemarkte zu erwarten waren.

Zu Beginn des Jahres 1920 hatten in Berlin 25% aller Kinder keine Mäntel, 28% keine Schuhe. In vielen Familien mußten die Kinder zu Bett bleiben, weil keine Kleidung für sie da war. Der Polizeipräsident von Berlin-Schöneberg meldete, daß in manchen Schulen kein Kind ein ganzes Hemd trug; vielfach war die Kleidung aus alten Decken, Vorhängen u. dgl. in der dürftigsten Weise zusammengeflickt. In Stralsund bestanden die Kleidungsstücke vieler Schulkinder aus nur eben zusammengehefteten Fetzen, Strümpfe fehlten vielfach, das Schuhzeug erfüllte seinen Zweck nicht mehr. Ähnlich lauteten die Berichte aus Breslau und Minden. Im Februar 1921 wurden in den vier untersten Klassen der Volksschulen in Mannheim, Karlsruhe, Freiburg, Pforzheim u. Heidelberg im ganzen 40676 Kinder nach ihren Ernährungs-, Bekleidungs- und Schlafverhältnissen befragt. Es ergab sich, daß 11,4% ungenügende Oberkleidung und 17,2% ungenügende Unterkleidung hatten. Ohne Unterkleidung waren 1,8%, keine Strümpfe hatten 1%. Das Schuhwerk war bei 17% ungenügend, 41 Kinder hatten keine Schuhe an. Dabei ist zu beachten, daß zur Zeit der Erhebung nur 1 Grad Wärme gemessen wurde. Das

[1]) Erschienen 1922 als Beilage zu den „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes".

sächsische Ministerium des Innern teilte am 28. Februar 1921 mit, daß die Wäschenot größer als die Kleidernot war. Es bestand die größte Knappheit an Säuglingswäsche; allerhand Ersatzstoffe mußten als Windeln dienen. Leibwäsche fehlte besonders bei Kindern. Schulkinder ohne Hemden waren keine Seltenheit (im Bezirk Borna bis zu 1/3 der Klassen), oder sie besaßen nur ein Stück davon, das stark zerrissen war. Von Bettwäsche war sehr oft nichts vorhanden. Es wurden nur Strohsäcke und Decken benutzt. In Hamburg wurden Anfang 1921 in einem Gymnasium (320 Schüler), einer Oberrealschule und Realschule (841 Schüler) und einer Anzahl Volksschulen (zusammen 2000 Schüler), ohne daß vorher davon etwas verlautete, Erhebungen über die Bekleidung der Kinder angestellt; das Ergebnis ist aus der Zusammenstellung, die wir in unserer Tafel 45 wiedergeben, zu ersehen.

Tafel 45.

Bekleidungswesen bei Hamburger Schülern 1921.

Von 100 Schülern hatten	Gymnasium	Oberrealschule	Volksschule
Brauchbares Schuhzeug	88	60	58
Ein zweites Paar Schuhe zum Wechseln . .	78	50	30
Ein brauchbares Hemd	93	80	69
Ein zweites Hemd zum Wechseln	86	57	44
Brauchbare Strümpfe	86	53	62
Ein Paar zum Wechseln	84	33	27
Ein Taschentuch	95	81	53
Ein Taschentuch zum Wechseln	95	74	38

(Nach Angaben des Reichsgesundheitsamtes.)

Aus Lübeck und Dessau wurde amtlich berichtet, daß der Mangel an Kleidung und Wäsche sich in allen Kreisen der Bevölkerung fühlbar machte, und die Verlumpung zunahm. Wie schwer nicht nur die unbemittelte Bevölkerung, sondern gerade auch der Mittelstand von der Kleidungsnot betroffen wurde, zeigten die zahlreichen Gesuche, die bei den Stellen der privaten Fürsorge einliefen, deren Hilfe früher nur von den Armen beansprucht wurde. Die Kreisdirektionen Holzminden und Gandersheim stellten auf dem platten Lande einen fast noch größeren Mangel an Kleidung als in der Stadt fest. Ganz besonders ging der oft unbeschreibliche Mangel an Leibwäsche, Windeln, Strümpfen, Bettwäsche, Baumwoll- und Gummisachen für Säuglinge aus den Berichten der Universitäts-Kinderkliniken in Greifswald, Tübingen, Würzburg, Frankfurt a. M. und München hervor.

Mittlerweile scheint die furchtbarste Notlage auch auf diesem Gebiet überwunden zu sein. Aber die Ausgaben für die Kleidung sind gegenwärtig verhältnismäßig noch sehr hoch, was unseren Zeichnungen 13 und 14 (siehe S. 89 u. 90) zu entnehmen ist.

c) Maßnahmen zur Verbesserung des Bekleidungswesens.

Die Bemühungen, auf eine gesunde Kleidertracht hinzuwirken, reichen weit zurück. J. P. Frank hat sich in dem 1782 erschienenen 3. Band von seinem „System einer vollständigen medizinischen Polizey“ ausführlich mit diesem wichtigen Gegenstand befaßt. Und als S. Th. Sömmering 1793 die 2. Auflage seiner vielbeachteten Schrift[1]) „Über die

[1]) Die 1. Auflage erschien 1788.

Wirkungen der Schnürbrüste" veröffentlichte, führte er bereits 92 (zum Teil schon zu Beginn des 17. Jahrhunderts erschienene) Arbeiten, die sich mit dieser Frage beschäftigten, an.

Nach Angabe von H. Jäger hat in Österreich Kaiser Josef II. (1780—1790), als er den Thron bestieg, ein Edikt, in dem der Gebrauch des Korsetts verboten wurde, erlassen. Alle Erziehungsanstalten, Klöster, Waisenhäuser wurden hierüber unterrichtet; außerdem wurde noch von dem Ärztekollegium ein Gutachten, mit dem jedes der Landeskinder bekannt gemacht wurde, eingeholt.

Ob mit Gesetzen und obrigkeitlichen Verboten auf diesem Gebiet ein Erfolg zu erzielen ist, dürfte fraglich sein. Hebenstreit hat bereits 1791 betont, „daß es besser ist, die Macht der vernünftigen Belehrung und des Beispiels der höheren Stände als die gesetzgebende Gewalt anzuwenden, um die Menschen von Kleidertrachten, welche ungesund, eben deswegen auch unnatürlich und im Grunde dem guten Geschmack zuwider sind, abzumahnen".

Trotzdem hat F. A. Mai in seinen 1802 veröffentlichten, von den maßgebenden Stellen gebilligten Gesetzentwurf auch einen Teil „Sorge für gesunde Kleidertracht" aufgenommen. Hier findet man u. a. folgende Vorschriften:

„Obwohl unsere Untertanen unter einem gemäßigten Himmelsstriche wohnen, und von seiten des atmosphärischen Einflusses auf ihren Körper keine ungewöhnlich heftigen Krankheiten zu fürchten haben, so sind doch bei den Kleidungsarten beiderlei Geschlechts so viele schädliche Mißbräuche im Umlauf, daß wir uns genötigt sehen, einstweilen nachstehende Polizeivorschriften zu erteilen; bis wir den Entschluss, eine allgemeine Nationalkleidung festzusetzen, ausführen können." Man sieht, daß hier die Absicht vorlag, ziemlich tief in die individuellen Angelegenheiten einzugreifen. Sehr genau sind darum vor allem die Vorschriften über die Kinderkleidung. „Statt dem unvernünftigen Einpanzern sollen diese kleinen Geschöpfe täglich im lauwarmen Wasser gebadet und bloß mit einem weiten Hemdchen bekleidet in einem nach der Jahreszeit mehr oder weniger warmen Teppich und Windeln locker eingehüllt werden. Die Kinder sollen von dem Zeitpunkt an, wo dieselben ohne Hilfe gehen können, bis in das 8. Jahr, ohne Beinkleider, in einem weiten Hemdchen und ähnlichen Röckchen, ohne Hals- und Strumpfbänder, aufwachsen, und jede Luftart ertragen lernen." Es ist allerdings fraglich, ob der Inhalt dieser Bestimmungen, die ja gewiß manchen modernen Bestrebungen entsprechen, sich zum Gegenstand eines Gesetzes eignet. Aber ohne Zweifel hätte folgender Vorschlag, wenn er Gesetzeskraft erlangt hätte, viel Unheil verhütet: „Wir verbieten nachdrücklichst, und unter Strafe von 50 Rtlr. zum Besten des Waisenhauses, alle steifen fischbeinernen Schnürbrüste und Korsetten, wodurch nach unleugbaren Erfahrungen der Wuchs des weiblichen Körpers nicht nur mißstaltet, sondern auch zu den Verrichtungen des zukünftigen Mutterstandes untauglich gemacht wird. Jener Schneidermeister, welcher gegen dieses Verbot handelt, und eine steife Schnürbrust verfertigen würde, soll ebenfalls um 50 Rtlr. gestraft werden."

Bei dem Mangel an wirkungsvollen gesetzlichen Vorschriften auf dem Gebiete des Bekleidungswesens ist es erforderlich, auf den Geschmack und die Sitten des Volkes sowie auf die Geschäftsgrundsätze der Bekleidungsindustrie im Sinne der Gesundheitspflege einzuwirken.

Hier ist vor allem auf die mit dichterischem Schwung gestalteten Darlegungen von Fr. Th. Vischer hinzuweisen. Er schilderte, wie nach dem Sturz von Frankreichs Kaiserin die Pariser Halbwelt auf dem Gebiete der Mode die Führung ergriff, und wie die gebildete deutsche Frau nachahmte, was die käufliche Dirne ersann. Hierüber vor allem die Frauenwelt aufzuklären, ist eine wichtige Aufgabe auch vom Standpunkte der Gesundheitspflege aus. Ebenso muß die Männerwelt auf die Torheiten vieler Moden aufmerksam gemacht werden. Zutreffend schrieb E. Reich:

„Aber wie mit der Mode fertig werden? Haben doch scheinbar die vernünftigsten Leute davor einen heiligen Respekt, und wollen lieber durch das Feuer gehen, als einen anderen Rock, wie der

große Haufe der Toren augenblicklich ihn trägt, anzuziehen .... Urwälder lassen viel leichter in Ackerland sich verkehren, als die Hemmnisse der Hygiene gründlich sich ausrotten; der Mensch muß das wilde Tier, den Esel und den Affen ausziehen, bevor er des Genusses, den die Hygiene bietet, teilhaftig werden kann."

Am Ende des 19. Jahrhunderts wurde von verschiedenen Seiten danach gestrebt, zunächst die Unterkleider neuzugestalten. Weithin bekannt sind die Systeme, welche die Namen Jäger, Lahmann, Kneipp tragen. Über diese Vorschläge äußerte sich Kretschmar 1898 folgendermaßen:

„Der wissenschaftlichen Hygiene fällt es schwer, die Ausgangspunkte und die physikalischen Grundsätze zu begreifen, auf denen die Gebäude dieser Systeme aufgerichtet sind, und noch schwerer, dem kühnen Flug der Phantasie zu folgen, welchen diese Systeme weithin unternehmen. Es soll jedoch nicht aberkannt werden, daß mit diesen Bestrebungen ein gewisser Anstoß zu einer rationellen Verarbeitung der Rohstoffe für Bekleidungsgegenstände gegeben wurde .... Wie es scheint, lassen sich die Fortschritte, zumal auf hygienischem Gebiet, ohne einen gewissen Zusatz von Nonsens, Übertreibung und Reklame nicht popularisieren. Wenn also die wissenschaftliche Hygiene sich dem praktischen Verständnisse dieses unvermeidlichen Übels, welches endlich auch Gutes schafft, nicht verschließt, so kann und darf sie es doch nicht unterlassen, die Intelligenz des Publikums zur nachdenklichen Wirkung der wissenschaftlichen Forschungen auf dem physiologisch wie volkswirtschaftlich so wichtigen Gebiet der Bekleidungsfrage nachdrücklichst anzurufen."

Die erfolgreiche Wirksamkeit des Vereins für Verbesserung der Frauenkleidung wurde schon gewürdigt. Es ist hier noch zu erwähnen, daß sich später auch eine „Gesellschaft für Reform der Männertracht"[1]) gebildet hat; aber von ihrer Tätigkeit hat man seit vielen Jahren nichts mehr gehört.

Die größte Aufmerksamkeit ist der Kleidung sowohl der gewerblichen wie der landwirtschaftlichen Arbeiter und Arbeiterinnen zu widmen. Hier gilt es ganz besonders, die Gewänder so zu gestalten, daß der Schweiß von der Haut abgeleitet, der Porenverschluß verhütet und ein starker Temperatursturz vermieden wird. Die Arbeiterschaft ist über die zweckmäßige Benutzung solcher Kleidungsstücke zu unterrichten.

Vor allem aber ist auf die Bekleidungsindustrie nach zwei Richtungen hin einzuwirken. Zunächst soll sie bei der Herstellung von Kleidungsstücken auf die gesundheitlichen Anforderungen Bedacht nehmen. Dann aber soll sie veranlaßt werden, von allen geschäftlichen Maßnahmen, die dem Luxus Vorschub leisten, abzusehen. Die gewissenhafte Bekleidungsindustrie muß und wird sich gern in den Dienst der Gesundheitspflege stellen; sie wird weit abrücken von denjenigen Unternehmern, die sich auf Kosten des Volkswohles bereichern wollen.

Zu begrüßen ist es, daß die Bekleidungsindustrie jetzt in großem Umfange und daher zu verhältnismäßig geringem Preise zweckentsprechende Sportanzüge herstellt; und es ist erfreulich, daß in allen Volksschichten infolge der Ausdehnung, welche die Leibesübungen aller Art in der letzten Zeit gefunden haben, die Bekleidungsfrage insbesondere auch bei Fußwanderungen immer mehr in gesundheitlich befriedigender Weise gelöst wird

Literatur: *1.* ***R. Flachs:*** *„Geschichte der Vereine für Verbesserung der Frauenkleidung", die neue Frauentracht, 1907 Jahrg. 4 Nr. 5.— 2.* ***J. P. Frank:*** *„System einer vollständigen medizinischen Polizey", Mannheim 1782, Bd. 3.— 3.* ***E. B. G. Hebenstreit:*** *„Lehrsätze der medizinischen Polizeiwissenschaft", Leipzig 1791. — 4.* ***H. Jäger:*** *„Hygiene der Kleidung", Biblioth. d. Gesundheitspfl. Bd. 19, Stuttgart 1906.— 5.* ***Fl. Kretschmar:*** *„Die Bekleidung", Abh. i. Handb. d. Hyg., Jena 1894,*

[1]) Siehe „Die neue Männertracht", Leipzig 1912.

*Bd. 1 Abt. 1. — 6. **F. A. Mai:** siehe die Fußnoten 1 u. 2 S. 33. — 7. **R. E. May:** „Kosten der Lebenshaltung und Entwicklung der Einkommensverhältnisse in Hamburg seit 1890", Schriften des Ver. f. Sozialpol. Bd. 145 Teil 4, München 1915. — 8. **Marg. Pochhammer:** „Reformkleidung", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 9. **E. Reich:** „System d. Hygieine", Leipzig 1870. — 10. **M. Rubner:** a) „Über den Wert und die Beurteilung einer rationellen Kleidung", Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1893 Bd. 25 S. 471 ff.; b) „Lehrbuch der Hygiene", 8. Aufl., Leipzig 1907. — 11. **F. A. Schmidt:** „Kleidung", Abh. im „Grundriß d. Hyg." von H. Selter, Dresden 1920. — 12. **P. Schmidt:** „Zur Hygiene der Kleidung", Zentralbl. f. allg. Gesundheitspflege 1914—1915 Jahrg. 33 Heft 1 u. 2. — 13. **P. Schulze-Naumburg:** „Die Kultur des weiblichen Körpers als Grundlage der Frauenkleidung", Leipzig 1902. — 14. **Sam. Thom. Sömmering:** „Über die Schädlichkeit der Schnürbrüste", Leipzig 1788, 2. Aufl. Berlin 1793. — 15. **Karl Spener:** „Die jetzige Frauenkleidung und Vorschläge zu ihrer Verbesserung", Berlin 1897. — 16. **Fr. Th. Vischer:** a) „Epigramme aus Baden-Baden", Stuttgart 1867; b) „Mode und Cynismus", Stuttgart 1878.*

6. Hautpflege (Volksbadewesen).

Sitten, Weltanschauungsfragen, Bildung und wirtschaftliche Lage wirken, wie wir zeigen werden, maßgebend auf die Gestalt des Volksbadewesens ein. Wir haben mithin in diesem Abschnitt der Hygiene nicht etwa nur, wie man immer noch liest, ein gesundheitstechnisches, sondern ein sehr wichtiges sozialhygienisches Gebiet zu erblicken.

a) Der gesundheitliche Zweck der Hautpflege.

Die Haut ist, wie C. Bruck dargelegt hat, nicht nur eine überziehende und schützende Decke für wichtige Organe sowie der Ort für bestimmte Ausscheidungen, sondern selbst ein lebenswichtiger Körperteil, der auf Grund der Reichhaltigkeit und Art seiner Nerven und Blutgefäße einen erheblichen Einfluß auf das übrige Nervensystem sowie auf die Atmungs- und Kreislaufwerkzeuge ausüben kann. Darum ist, was immer noch nicht genügend gewürdigt wird, die Gesunderhaltung der Haut eine sehr bedeutungsvolle Aufgabe der Hygiene.

In der Haut befinden sich zahllose Schweißdrüsen, deren Erzeugnisse sich mit Staub und Bakterien mischen, so daß für Entzündungen und Infektionen der Boden bereitet wird. Dies trifft ganz besonders für die gewerblichen Arbeiter zu.

Darum ist die Reinigung der Haut, und zwar nicht nur an den Händen, im Gesicht und am Hals, sondern am ganzen Körper ein dringendes Gebot der Gesundheitspflege. Eine ausgiebige Säuberung, wie sie im allgemeinen für jeden Menschen wenigstens einmal in der Woche erforderlich ist, wird gewöhnlich nur durch ein Bad erreicht.

Die gesundheitlichen Folgen fehlender oder unzulänglicher Hautpflege zeigen sich in Gestalt von mannigfachen Erkrankungen, namentlich von Ausschlägen verschiedener Arten. Wie P. Jakob 1911 berichtet hat, fand er in dem von 18000 Menschen bewohnten ländlichen Kreise Hümmling, wo es, wie so oft auf dem Lande, an Reinlichkeit und Hautpflege noch mangelte, bei ungefähr einem Drittel sämtlicher Schulkinder schwere Hautkrankheiten, darunter vielfach Krätze.

Das Bad dient aber nicht nur der Reinigung, sondern vielfach zugleich der Erfrischung und der Abhärtung. Denn der Reiz des Wassers wirkt auf den Blutkreislauf, die Atmung und das Nervensystem günstig ein.

Schon aus diesen wenigen Angaben wird man den hohen Wert der Bäder für die Volksgesundheit ersehen.

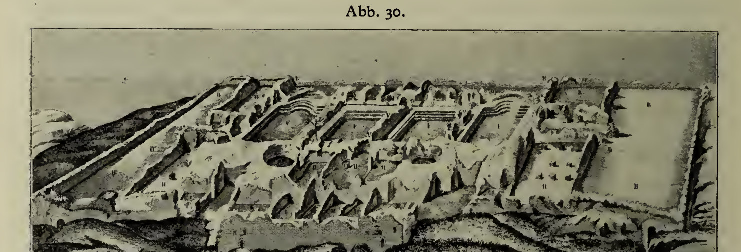
b) Wandlungen im Volksbadewesen infolge kultureller Einflüsse.

Die gesundheitliche Bedeutung der Hautpflege ist schon in den ältesten Zeiten erkannt worden. Im alten Orient, bei den Indern, Persern, Ägyptern, Juden, waren Bäder und Waschungen durch Religionsgesetze vorgeschrieben und daher weit verbreitet. Aber gerade auf diesem Gebiete muß man doch wohl daran zweifeln, ob diese religiösen Gebote, die unzweifelhaft hygienisch wirken konnten und gewiß auch so wirken sollten, tatsächlich immer einen gesundheitlichen Einfluß ausgeübt haben; es läßt sich vielmehr vermuten, daß sie häufig nur als symbolische Kulthandlungen ohne Rücksicht auf die materielle Reinigung befolgt wurden.

Bei den Griechen und Römern finden wir dagegen das lediglich der körperlichen Reinigung dienende Badewesen in höchster Blüte.

Schon in den homerischen Dichtungen wird vielfach von Bädern gesprochen. So heißt es in der Ilias XXIII, 40 ff., daß für Achill ein Bad, in dem er den blutigen Staub von

Abb. 30.



Das Römerbad in Badenweiler.

Eine Wand V teilte die Anlage; die eine Hälfte war für Männer, die andere für Frauen bestimmt. Von den 4 großen Bassins F waren je 2 für jedes Geschlecht vorbehalten, 2 Bassins waren mit kaltem, 2 mit warmem Wasser gefüllt. An der linken wie an der rechten Seite waren Vorplätze B, die den Leibesübungen dienten. Ferner waren Einzelbäder G und Schwitzbäder H vorhanden. In den Räumen K, L und M befanden sich Holz, Kohlen und Öfen. In den Räumen R kleideten sich die Besucher des Bades aus und an.

Steinzeichnung aus dem Jahre 1837.

den Gliedern waschen kann, bereitet werden soll; und in der Odyssee X, 376 ff, holt die alte Dienerin ein schimmerndes Becken, um dem Odysseus die Füße zu waschen, ein Vorgang, der auch von bildenden Künstlern mehrfach dargestellt wurde. — In den griechischen Gymnasien war die Hautpflege eng mit den Leibesübungen verbunden. Die Abbildung 39, die wir in dem Abschnitt „Leibesübungen" S. 188 darbieten, führt uns die griechische Hautpflege in einem Gymnasium vor Augen.

Einen wie gewaltigen Umfang das Badewesen bei den Römern erreicht hat, davon zeugen noch heute die riesenhaften Thermenreste in Rom. In den Caracallathermen gab es 1600 marmorne Badesessel, und die Räume genügten noch für weit mehr Badende. Zur Zeit des Kaisers Konstantin besaß Rom 15 solche Thermen und mehr als 800 sogenannte Volksbäder. Sudhoff betont, daß die römischen Thermenbauten noch heute unerreicht sind. Auch in den Kolonien schufen die Römer trefflich eingerichtete Badeanstalten. So entdeckte man 1786 in Badenweiler[1]) ein noch sehr gut in seinen Grund-

[1]) Siehe Graf: „Abnoba. Für Badenweilers Wohner und Gäste", Mühlhausen 1837; ferner Karl Büchler: „Das Römerbad Badenweiler", Straßburg 1909.

mauern erhaltenes, aus dem 2. Jahrhundert n. Chr. stammendes, großes römisches Badegebäude, das in unserer Abbildung 30 wiedergegeben ist.

Wie maßgebend die Zustände im Badewesen von den jeweiligen kulturellen Verhältnissen beeinflußt werden, zeigt der Wandel, der sich in Deutschland vollzogen hat. Cäsar[1]) berichtet, daß die Sueven in Flüssen gebadet haben; Tacitus[2]) schreibt von

Abb. 31.



Badender Ritter, von Jungfrauen bedient.

Gemälde in der Großen Heidelberger Liederhandschrift, sog. Manesseschen Handschrift, aus dem 14. Jahrh.

den Germanen, daß sie gleich nach dem Schlafe gebadet haben, „meist warm, weil bei ihnen die meiste Zeit Winter ist“. Künstliche Badegelegenheiten in größerem Umfange wurden jedoch wohl erst später für die deutsche Bevölkerung geschaffen. Karl der Große

[1]) Julius Caesar: „Der gallische Krieg“, Buch 4, 1; deutsche Übersetzung, Reclams Univ.-Bibliothek Bd. 1013—1015.

[2]) Cornelius Tacitus: „Die Germania“, Kap. 22; deutsche Übersetzung, Reclams Univ.-Bibliothek Bd. 726.

ließ zuerst in Aachen, dann an vielen Orten in Hospitälern und Klöstern Bäder für die Armen einrichten. Der Gebrauch von Bädern wurde allgemein; einige Beispiele seien hierfür erwähnt.

Eine Vorstellung der Sitten während der ersten Hälfte des 14. Jahrhunderts bietet ein Bild aus der Manesseschen Handschrift[1]), auf dem man sieht, wie ein Ritter ein Wannenbad im Freien nimmt und hierbei von Jungfrauen bedient wird. Die Anregung zu diesem Gemälde, das wir in unserer Abbildung 31 wiedergeben, hat der Künstler offenbar dem im ersten Jahrzehnt des 13. Jahrhunderts entstandenen „Parzival“ von Wolfram[2]) von Eschenbach entnommen. Hier wird dargelegt, daß Gurnemanz, bei dem sich Parzival aufhält, nicht zu frühe am Vormittag dem Gast ein Bad bereiten läßt. „Ganz wie es Sitt' und Brauch gebeut. Auch waren Rosen eingestreut.“ Nachdem der Ritter in die Wanne gestiegen ist, „Da traten züchtiglich herein, in reichem Kleide Jungfräulein, von Schönheit strahlend, lieb und licht“. Die Jungfrauen wuschen dann, wie es in der Dichtung heißt, den Jüngling, pflegten seine Wunden und reichten ihm ein Badetuch. Daß aber nicht nur in Ritterfamilien, sondern allgemein, auch in den Arbeiterkreisen zu jener Zeit das Badewesen weit verbreitet war, zeigt ein Freskogemälde[1]) zu Konstanz aus den ersten Jahrzehnten des 14. Jahrhunderts. Dies leider stark beschädigte, hier nach einer Zeichnung in unserer Abbildung 32 wiedergegebene Bild, das die Überschrift „Das ist warm“ trägt, stellt ein Schwitzbad für die Arbeiterinnen einer Spinnerei dar; man sieht drei nackte Frauengestalten, die offenbar das Bad nehmen, und außerdem zwei mit einer Badeschürze bekleidete Männer, von denen der eine den Badeofen bedient, der andere eine auf einem Brett liegende Arbeiterin mit einem nicht bestimmbaren Gegenstand zu reiben scheint. Die Darbietung der Gelegenheit zum Baden dürfte gewissermaßen einen Teil des Lohnes dargestellt haben; es ist auch bekannt, daß im Mittelalter das Badgeld etwa wie bei uns das Trinkgeld gegeben wurde. Die weite, selbst bis aufs Dorf hinaus ausgedehnte Verbreitung des Badewesens im mittelalterlichen Deutschland erkennt man u. a. daran, daß während des 15. Jahrhunderts in Ulm 168 Badestuben vorhanden waren. Wie bereits in dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene“ (S. 27 u. 28) dargelegt wurde, veranschaulichen uns zahlreiche Stiche des 16. Jahrhunderts die Vorgänge in den Bädern (siehe Abb. 5), in denen sich häufig Männlein und Weiblein gemeinsam stundenlang unterhielten, schmausten und musizierten.

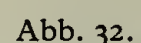


Abb. 32.



Arbeiterinnenbad zu Konstanz.
Zeichnung nach einem aus dem 14. Jahrh. stammenden Freskogemälde.

Aber während der häufig aufgetretenen Epidemien führte das Leben in den Badeanstalten zur Verschleppung der Krankheiten; dazu kam, daß, wie man u. a. vielen Bildern, z. B. einem in dem „Mittelalterlichen Hausbuch“, entnimmt, die Badehäuser immer mehr

[1]) Siehe A. Fischer: „Bilder zur mittelalterlichen Kulturhygiene im Bodenseegebiet“, Sozialhyg. Abhandl. Nr. 7, Karlsruhe 1923.

[2]) Wolfram v. Eschenbach: „Parzival“, Reclams Univ.-Biblioth. Nr. 3681 ff, Teil 1 Buch 3 Ziffer 166 und 167.

zum Liebesgarten, zum Bordell wurden. Man warnte daher vor dem Besuch der Bäder; so geriet das Badewesen in Verfall. Die Zustände wurden, wie Sudhoff sich äußert, im 17. und 18. Jahrhundert bei den Deutschen trostlos; selbst das Flußbad war vergessen.

Goethe sprach noch 1775, als die mit ihm reisenden beiden Grafen Stolberg in einem Teich bei Darmstadt badeten, von einer Verrücktheit, die ihn zu beschleunigter Abreise veranlaßte. Allmählich, wenn auch langsam, erwachte aber der Sinn wieder für das Baden im Freien. Die erste große Badeanstalt auf dem Rhein wurde, nach A. Martin, bei Mannheim 1777 errichtet. Dies veranlaßte F. A. Mai, der als Arzt in Mannheim und Universitätsprofessor in Heidelberg tätig war, sich 1778 ausführlich über die Hygiene der Flußbäder, die er in vielen Fällen für unangebracht erklärte, zu äußern. J.P. Frank teilte 1782 mit, „man fängt jetzt an, in verschiedenen Gegenden kalte Bäder mit vorzüglichem Nutzen anzulegen, und seit wenigen Jahren sieht sich der Rhein, da wo er sich Städten nähert, zu Speyer, Mannheim, Mainz und anderen Orten, wieder in dem Besitze, die Leiber seiner Uferbewohner, nach Deutschlands altem Gebrauche, abzustählen".

Der Verfall des Badewesens war zu Beginn der Neuzeit in Europa allgemein. So berichtet Carl Prausnitz, daß auch in England damals eine Abneigung gegen das Wasser bestand, bis der Umschwung in der öffentlichen Meinung infolge der Wirksamkeit des Arztes John Floyer (1649—1734) erfolgte. Nachdem dann einige Jahrzehnte später Russell auf den hohen Wert des Seebades hingewiesen hatte, wurden am Ende des 18. Jahrhunderts Seebadeanstalten geschaffen.

Im Jahre 1817 wurde in Berlin auf Betreiben des Generals v. Pfuel die erste preußische Militär-Schwimmanstalt errichtet. Die Wannenbadeanstalten waren aber noch am Ende des 19. Jahrhunderts nur in spärlicher Zahl und überdies oft unzureichend gestaltet. Das Baden im Freien war naturgemäß lediglich während der warmen Monate möglich. So hatten nur die wenigen Reichen, soweit sie verständig genug waren, sich in ihren Wohnungen Badezimmer zu schaffen, die Möglichkeit, regelmäßig zu baden.

Eine Wendung erfolgte, als im Jahre 1879 der Oberstabsarzt Münnich für ein Berliner Regiment die erste Brausebadeanstalt ins Leben rief. In dieser Anstalt konnte sich eine ansehnliche Zahl Soldaten während einer Stunde gehörig reinigen. Dies Verfahren wirkte vorbildlich, wie wir sogleich sehen werden.

Seit dem Jahre 1874 bestand in Berlin der Verein für Volksbäder, der dann mit gleichartigen Vereinen in anderen Städten in Verbindung trat. In den 80er Jahren kam der Berliner Facharzt für Hautkrankheiten O. Lassar auf den Gedanken, nach Art der im Heer benutzten Brausebäder Volksbäder zu schaffen. Auf Lassars Betreiben wurde 1899 die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder gegründet. Diese Gesellschaft hatte sich zur Aufgabe gestellt, die breiten Volksmassen auf den gesundheitlichen Wert der Reinlichkeit hinzuweisen, den Sinn für das Baden gegenüber der Gleichgültigkeit und Abneigung zu wecken und für die Errichtung einer hinreichenden Zahl von Badeanstalten zu sorgen. Das Ziel der Gesellschaft erkennt man aus ihrem Wahlspruch: „Jedem Deutschen wöchentlich ein Bad." Die Arbeit der Gesellschaft während der letzten 25 Jahre hat zu den schönsten Erfolgen geführt, wie wir sogleich darlegen werden.

Vorbildlich war auch das Verfahren des Oberbürgermeisters Merkel, der 1885 in Göttingen auf Anregung des damals dort tätigen Hygienikers Flügge das erste Schulbad einrichtete.

c) Gegenwärtige Zustände des Volksbadewesens in Deutschland.

Seit dem Beginn des 20. Jahrhunderts wurden in Deutschland mehrere Erhebungen veranstaltet, um ein zahlenmäßiges Bild von der Beschaffenheit des Volksbadewesens zu erhalten. Statistische Feststellungen auf diesem Gebiete stoßen allerdings auf große Schwierigkeiten, so daß hierbei nur die Städte, zumeist sogar nur die Großstädte berücksichtigt werden konnten. Dazu kommt, daß das Badewesen in den einzelnen Städten und während mehrerer Zeiträume sehr verschiedenartig gestaltet war und von mannigfaltigen Umständen beeinflußt wurde; örtliche und zeitliche Vergleiche sind daher auf diesem Gebiete nur mit großer Vorsicht anzustellen.

Verwendbar für unsere Zwecke dürften die Ergebnisse zweier Untersuchungen sein, über welche die Statistiker Tretau (1907) und Prigge (1913) berichtet haben. Die erste dieser Erhebungen fand 1904 statt und umfaßte 51 Städte, die zweite erfolgte 1910 und bezieht sich auf 85 Städte mit mehr als 50000 Einwohnern.

Im Jahre 1904 hatten, nach Tretau, unter 53 Städten 11, darunter Großstädte wie Stettin, Stuttgart, Halle, ebenso Schöneberg und Potsdam noch keine eigenen Warmbadeanstalten; diese Lücken wurden von Privatanstalten nur unzureichend ausgefüllt. Bis zum Jahre 1895 waren, nach Prigge, 87 Warmbadeanstalten vorhanden, 1896 bis 1900 kamen 37, 1901 bis 1905 weitere 49 und nach 1905 noch 52 Anstalten hinzu. Im Jahre 1900 stellte man 39 Anstalten mit Schwimmbassins, in der Zeit von 1901 bis 1905 und 1906 bis 1910 jeweils weitere 14 fest. Die Zahl der Anstalten mit Brausebädern belief sich im Jahre 1900 auf 90 und stieg 1905 auf 126, 1910 auf 169.

Die Zahl der Volksschulbäder, welche hauptsächlich Brausebäder sind, hat sehr stark zugenommen. Während 1899 erst in 11 Städten 70 Schulbrausebäder vorhanden waren und in den im Jahre 1904 berücksichtigten Städten nur 221 Volksschulbäder ermittelt wurden, hat sich bis 1910 in den gleichen Städten die Ziffer weit mehr als verdoppelt.

Hinsichtlich der Arbeiterbäder fehlten in den Fragebögen vom Jahre 1904 häufig die Antworten, so daß ein Vergleich mit den Ergebnissen von 1910 nicht angestellt werden konnte. Nach Prigge wurden im Jahre 1910 über 600 industrielle Werke, die Badeeinrichtungen (meist Brause- und Wannenbäder, manchmal auch Schwimmbäder) besitzen, gezählt, so daß immerhin auch hier ein erfreulicher Aufschwung vorliegen dürfte.

Eine erhebliche Zunahme weisen auch die Schwimmvereine auf. Ihre Zahl ist in den 1904 und 1910 befragten 30 Städten von 86 auf 136 gestiegen, wozu in den 1910 außerdem noch befragten 37 Städten 120 Vereine kommen.

Die neusten Zahlenangaben, welche über das deutsche Volksbadewesen unterrichten, bieten die „Monatshefte deutscher Städte" vom Juni 1922. Hier wird mitgeteilt, welche Ergebnisse die städtischen Badeanstalten von 50 Städten während der Jahre 1920 und 1921 aufzuweisen haben. Sämtliche der hier berücksichtigten Anstalten hatten Wannenbäder, 47 Brausebäder und 37 Hallenschwimmbäder. In diesen Anstalten wurden, in runden Tausenden, gegeben:

	Hallenschwimmbäder	Brausebäder	Wannenbäder
1920	7751	4343	6793
1921	11161	4788	7329

In dem Bericht wird hierzu bemerkt, daß die Zahl der Hallenbäder weitaus am stärksten gestiegen ist, da mehrere dieser Anstalten erst während des Jahres 1920 eröffnet

wurden, andere aber auch 1920 wegen Kohlenmangels zeitweise geschlossen waren. Man sieht, wie vorsichtig man die Zahlen bewerten muß, wenn man nicht die örtlichen Verhältnisse genau kennt. Diese Vorsicht ist erst recht geboten, wenn man die Ergebnisse einzelner Orte miteinander vergleicht. Denn wenn, wie in dem Bericht angegeben wird, 1921 von je 100 Einwohnern in den Badeanstalten von Bochum 18, von Duisburg aber 166 Hallenschwimmbäder genommen wurden, so darf hieraus nicht der Schluß gezogen werden, daß die Duisburger fast zehnmal so viel Sinn für das Schwimmen haben als die Bochumer; es liegen hier offenbar besondere örtliche Umstände, welche den erheblichen Unterschied erklären, vor.

Über das Volksbadewesen auf dem Lande besitzt man keine statistischen Angaben. Aber P. Jakob, der, wie schon S. 165 erwähnt wurde, die Zustände in dem Landkreise Hümmling (Reg.-Bez. Osnabrück) untersucht hat, berichtet 1911, daß die Bauernbevölkerung weder Verständnis für Haut- und Körperpflege noch Gelegenheit hierzu habe. Oft genug hörte Jakob von den Bauern auf die Aufforderung, einige Stücke Seife zu kaufen, die Antwort: „Ja, so was könnt Ihr wohl bei Euch in der Großstadt mit Euren Kindern machen; bei uns auf dem Lande wollen wir unsere Kinder nicht an solchen Luxus gewöhnen." Über ähnliche Erfahrungen in den östlichen Provinzen Preußens berichtete Schäfer 1912. Ich meine aber, daß hier nicht verallgemeinert werden darf. Wie mir bekannt ist, gibt es in manchen (keineswegs in allen) badischen Dörfern Gelegenheit, im Schulhause zu baden; so dürfte es wohl auch in anderen Gegenden sein. Einige Dörfer, wie z. B. Kaltensundheim[1]) (965 Einwohner) und Dammbach[1]) (1376 Einwohner) verabreichten während des Jahres 1913 Brause- und Wannenbäder in ansehnlicher Zahl. Aber unzweifelhaft ist, daß die Notwendigkeit des Badens auf dem Lande noch nicht überall anerkannt ist.

Zu bemerken ist noch, daß während der warmen Jahreszeit das Baden im Freien weit verbreitet ist, und daß hieran auch die ländliche Bevölkerung, wenigstens in der Jugend, weitgehend beteiligt ist. Für die Bäder im Freien kommen überall die öffentlichen Gewässer, Seen, Teiche, Flüsse und die Meeresküste in Betracht. Seit einigen Jahren, besonders seit dem Kriegsende, nehmen auch sehr viele Menschen aller Altersklassen und beiderlei Geschlechts gemeinsam Luft- und Sonnenbäder, und zwar nicht nur in besonderen, hierfür eingerichteten Anstalten, sondern in Wäldern, auf Wiesen oder wo es sonst beliebt.

Schließlich sei erwähnt, daß die Verwaltungen der Eisenbahn[2]) und der Post[2]) bemüht sind, ihren Arbeitern und Angestellten Gelegenheit zum Baden zu bieten. Im Jahre 1910 besaß die preußisch-hessische Staatseisenbahnverwaltung 1141 Badeanstalten mit 2139 Brausebädern, 2260 Wannenbädern und 59 Dampf- und anderen Bädern. Die Postverwaltung hatte bis 1910 an 60 Orten des Reichspostgebietes in 85 Gebäuden Badeeinrichtungen, und zwar 423 Brausebäder, aber nur 10 Wannenbäder, geschaffen; im Jahre 1910 wurden in diesen Anstalten 10328 Wannen- und 481303 Brausebäder verabreicht.

In manchen Städten ist auf dem Gebiete des Volksbadewesens Mustergültiges geleistet worden. Hierfür seien einige Beispiele angeführt. Mannheim[3]) hat kurz vor dem Welt-

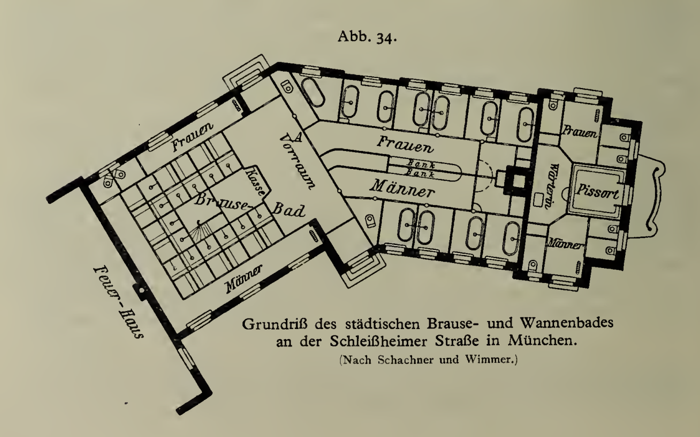
---

[1]) Siehe „Das Volksbad. Seine Einrichtung und sein Betrieb", herausg. von d. D. Gesellsch. f. Volksbäder, Berlin 1919 S. 66.
[2]) Siehe Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1912 Bd. VI Heft 2 S. 179 u. 180.
[3]) Siehe Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1924 Bd. VII Heft 2 S. 89 ff.

Abb. 33.

Frauenschwimmhalle im Herschelbad zu Mannheim.

Abb. 34.



Grundriß des städtischen Brause- und Wannenbades an der Schleißheimer Straße in München.
(Nach Schachner und Wimmer.)

krieg in seinem Herschelbad eine Anstalt geschaffen, welche die größte der bestehenden Einrichtungen darstellt; sie besitzt u. a. eine Männer-, eine Frauen- und eine Volksschwimmhalle; letztere ist für einen Massenbetrieb gestaltet worden. In unserer Abbildung 33 wird die Frauenschwimmhalle wiedergegeben; man gewinnt hieraus sogleich

Abb. 35.



Lageplan des Schwimm- und Sonnenbades in Durlach.

1. Vorwärmer, 2. Männerschwimmbad, 3. Frauenschwimmbad, 4. Männersonnenbad, 5. Frauensonnenbad, 6. Reinigungsraum, 7. Reinigungsraum, 8. Reinigungsraum, 9. Brause, 10. Waschraum, 11. Pissoir, 12. Pissoir.

eine Vorstellung von der großzügigen Anstalt. München[1]) besitzt in seinem 1901 eröffneten Müllers Volksbad ebenfalls eine ganz hervorragende Einrichtung, deren Inanspruchnahme vor dem Kriege von Jahr zu Jahr gewaltig zugenommen hat. In der gleichen Zeit ist der Besuch in den anderen Münchener städtischen Badeanstalten teils nur wenig gesunken, teils sogar ebenfalls gestiegen. Der bedeutend vermehrte Bäderverbrauch in

[1]) Siehe Literatur S. 176 Ziffer 11.

Abb. 36.



Vorwärmer der Schwimmbäder in Durlach.

Abb. 37.



Männerschwimmbad in Durlach.

Abb. 38.



Männersonnenbad in Durlach.

München ist durch die Bevölkerungszunahme allein nicht zu erklären. Es ist vielmehr wahrscheinlich, daß das Vorhandensein einer so trefflichen Anstalt, wie Müllers Volkbad mit seinen volkstümlichen Preisen, das vorher mangelhaft vorhandene oder ganz fehlende Bedürfnis nach Hautpflege gesteigert bezw. erzeugt hat. Hieraus läßt sich erkennen, daß das Bedürfnis nach hygienischer Kultur vielfach in den breiten Volksschichten schlummert, jedoch durch geeignete Maßnahmen geweckt werden kann. Es ist aber noch zu betonen, daß durchaus nicht immer große Prachtbauten erforderlich sind, um das Verlangen nach Körperreinigung zu befriedigen. Wir bieten in unserer Abbildung 34 einen Einblick in eine einfache Anlage, die sich ebenfalls in München befindet. Es ist vor allem nötig, daß, wie hier zu sehen ist, außer für Wannen-, auch für billige Brausebäder gesorgt ist. Schließlich sei noch auf die mustergültige Anstalt, die Durlach (etwa 15000 Einwohner) in seinem 1907 eröffneten Schwimm- und Sonnenbad geschaffen hat, hingewiesen. Unsere Abbildung 35 gibt einen Überblick über die ganze Anlage. Man sieht ein Männer- und ein Frauenschwimmbad. Das für diese Bäder erforderliche Wasser stammt entweder aus

der Pfinz, oder es wird aus einem etwa elf Meter tiefen Filterbrunnen gehoben. Da das Pfinzwasser ziemlich kalt ist, wird es in einer Vorwärmeanlage, welche unsere Abb. 36 veranschaulicht, auf 16,7° Celsius erwärmt. Außerdem befindet sich in der Anstalt ein Sonnenbad für Männer und eins für Frauen. Während ursprünglich die Einrichtungen getrennt nach den Geschlechtern getroffen waren, ist seit etwa zwei Jahren an manchen Tagen zu bestimmten Stunden das gemeinsame Baden sowohl im Schwimm- wie im Sonnenbad erlaubt. Auch in vielen anderen Städten, z. B. in Karlsruhe, ist das sogenannte Familienbad in den Schwimmhallen eingeführt worden. Mißstände sind hierbei in Durlach (ebenso in Karlsruhe), wie mir mitgeteilt wurde, nicht beobachtet worden. Unsere Abbildungen 37 und 38 veranschaulichen die Vorgänge in dem Durlacher Schwimm- und Sonnenbad. Aus der Betriebsstatistik[1]) der Durlacher Badeanstalt ersieht man, daß die Häufigkeit des Besuchs je nach der Jahreszeit, der Witterung und anderen Umständen wechselt. Im Jahre 1907 wurden insgesamt 39672 Bäder genommen, in dem heißen Jahre 1911 sogar 53242, dagegen 1913 nur 22183; im Jahre 1922 belief sich die Zahl der Bäder auf 32204.

Aus allen diesen Angaben ersieht man, daß seit dem Beginn dieses Jahrhunderts das Volksbadewesen einen bedeutenden Aufschwung genommen hat. Vorübergehend trat zwar während der Kriegs- und Inflationsjahre ein beträchtlicher Rückschlag ein; der Kohlenmangel und die weitverbreitete wirtschaftliche Notlage übten auch auf diesem Gebiete ihren Einfluß aus. Aber in breiten Schichten des deutschen Volkes besteht jetzt ein starkes Bedürfnis nach ausgiebiger Hautpflege. Trotzdem ist zu betonen, daß das Volksbadewesen im allgemeinen — man denke insbesondere an die ländlichen Zustände — immer noch keineswegs befriedigend ausgebaut ist. Um zu diesem Ziele zu gelangen, sind noch mannigfache Maßnahmen erforderlich.

d) Gegenwärtige Aufgaben für den Ausbau des Volksbadewesens.

Die Aufgaben auf dem Gebiet des Volksbadewesens, die gegenwärtig auszuführen sind, bewegen sich in den Bahnen, welche die Deutsche Gesellschaft für Volksbäder seit ihrem Bestehen vorgezeichnet hat: Belehrung und Erziehung einerseits und Sorge für Badegelegenheiten andererseits.

Die Belehrung der Erwachsenen wird sich vor allem auf die ländliche Bevölkerung, aber auch auf die Arbeiter, die ja vielfach vom Lande stammen, erstrecken müssen. Hier sind namentlich die Darlegungen des Berliner Ingenieurs Bohn[2]), der bei seiner vieljährigen Tätigkeit gefunden hat, daß selbst kostenlose Badegelegenheiten in Fabriken, Bergwerken usw. nicht ausgiebig benutzt worden sind, zu beachten. Neben den Ärzten werden sich an diesen Belehrungen Pfarrer, Lehrer, Gewerbeaufsichtsbeamte und Fabrikpflegerinnen mehr als bisher beteiligen müssen.

Erforderlich ist sodann, daß schon die Schulkinder über den Wert der Hautpflege unterrichtet werden; und darüber hinaus sollten sie in der Schule[3]) zur Reinlichkeit erzogen werden. Zu diesem Zweck sind die Kinder dazu anzuhalten, daß sie sich, wenn sie den Abort aufgesucht haben, die Hände waschen; daß die Kinder dann aber auch in jeder Schule nahe bei dem Abort Wasser, Seife und Handtuch vorfinden müssen, braucht wohl

[1]) Nach handschriftlichen Angaben des Tiefbauamtes Durlach.
[2]) Siehe Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1924 Bd. VII Heft 1 S. 31.
[3]) Siehe die Abbildung eines Volksschulbades S. 271.

nicht erst betont zu werden. Solche Maßnahmen lassen sich, wie mir von vielen Lehrern, die in Dorfschulen tätig sind, angegeben wurde, unschwer durchführen, wenn seitens der Aufsichtsbehörden auf die Gemeindeverwaltungen entsprechend eingewirkt wird.

Im Jahre 1910 hat das preußische Kultusministerium[1]), dem auch das Medizinalwesen unterstellt war, an die Regierungspräsidenten ein Rundschreiben gerichtet, worin diesen empfohlen wurde, das Badewesen zu fördern. Im gleichen Sinne war eine Entschließung der bayerischen Regierung von Mittelfranken[2]), die 1913 den Distriktsverwaltungen und den Bezirksärzten zugestellt wurde, gehalten. In vielen Städten, wohl auch in den kleinen Städten, wird man solchen Anregungen entsprochen haben. Aber auf dem Lande ist zumeist gewiß noch ein etwas nachhaltigerer Druck erforderlich. Die Dorfgemeinden sind vielfach seit dem Kriege besser gestellt als ehedem; wo jetzt elektrische Lichtanlagen geschaffen wurden, sollte auch für eine ständige Badegelegenheit gesorgt werden.

Von einem Zwang darf man sich allerdings auf diesem Gebiete nicht viel versprechen. Man könnte ja wohl, wenn die wirtschaftliche Lage es gestattet, die Gemeinden zur Einrichtung von Badeanstalten zwingen; aber man kann die Menschen nicht zwingen, ein Bad zu nehmen. Es ist auch erwogen worden, ob der Besuch der Arbeiterbäder durch Zwang[3]) bei Unentgeltlichkeit in solchen Betrieben, die besondere Reinlichkeit bedingen oder gesundheitsgefährlich sind, zu heben ist. Ich bin der Meinung, daß man hier jeden Zwang vermeiden soll. Bei günstiger Badegelegenheit und nach entsprechender Belehrung wird sich, dessen bin ich sicher, ein umfangreicher Bäderverbrauch von selbst im Laufe weniger Jahre ergeben.

Manche Einrichtung auf dem Gebiete des Volksbadewesens könnte durch die Träger der Sozialversicherung geschaffen werden. Hier ist z. B. zu erwähnen, daß die Landesversicherungsanstalt der Hansastädte ein Luftbad hergestellt hat. Besonders bemerkenswert ist, daß in Danneberg[4]) a. d. Elbe (2000 Einwohner) die gemeinsame Ortskrankenkasse, die etwa 400 Mitglieder hat, eine Badeanstalt geschaffen hat. Diese Beispiele sollten nachgeahmt werden.

Literatur: *1.* **C. Bruck:** *„Über den Nutzen und Schaden von Bädern für die gesunde und kranke Haut“, Veröff. d. Deutsch. Ges. f. Volksbäder 1913 Bd. VI Heft 3.* — *2.* **J. P. Frank:** *„System einer vollständigen medizinischen Polizey“, Mannheim 1782 Bd. 3.* — *3.* **F. Genzmer:** *„Bade- und Schwimmanstalten“, Handb. d. Architektur Teil 4 Halbb. 5 Heft 3, Leipzig 1921.* — *4.* **P. Jakob:** *„Reinlichkeit und Hautpflege auf dem Lande“, Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1911 Bd. VI Heft 1.* — *5.* **W. Krebs:** *„Die Hygiene des Badens“, Handb. d. Hyg. 2. Aufl., Leipzig 1912 Bd. V Abt. 1.* — *6.* **F. A. Mai:** *„Vermischte Schriften“, S. 361 ff., Mannheim 1786.* — *7.* **A. Martin:** *„Deutsches Badewesen in vergangenen Tagen“, Jena 1906.* — *8.* **Jul. Marcuse:** *„Bäder und Badewesen in Vergangenheit und Gegenwart“, Stuttgart 1903.* — *9.* **C. Prausnitz:** *„Die neuere Entwicklung des öffentlichen Badewesens in England“, Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1913 Bd. VI Heft 3.* — *10.* **Prigge:** *„Öffentliche Bäder im Jahre 1910 bezw. 1910/11“, Statistisches Jahrb. Deutscher Städte, Breslau 1913 Jahrg. 19.* — *11.* **Schachner** *und* **G. Wimmer:** *„Münchens öffentliche Badeanstalten“, München 1908.* — *12.* **Schäfer:** *„Die Förderung des öffentlichen Badewesens in mittleren und kleineren Städten sowie auf dem Lande“, Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1912 Bd. VI Heft 2.* — *13.* **Schemel:** *„Die Bedeutung des Badens für die heranwachsende Jugend“, Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1911 Bd. VI Heft 1.* — *14.* **J. Schreiber:** *„Über den Nutzen und die Verbreitung des Badens“, Veröff. d. Ges. f. Volksb. 1912 Bd. VI Heft 1.* — *15.* **Rud.**

[1]) Siehe Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1911 Bd. VI Heft 1 S. 75.
[2]) Siehe Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1913 Bd. VI Heft 3 S. 396 ff.
[3]) Siehe Veröff. d. D. Ges. f. Volksb. 1913 Bd. VI Heft 3 S. 392 ff.
[4]) Siehe „Das Volksbad“, Berlin 1919, S. 56.

Schultze: „Das deutsche Badewesen der Gegenwart", Handb. d. Hyg. 2. Aufl., Leipzig 1912 Bd. V Abt. 1. — *16.* **K. Sudhoff:** *a) siehe Literatur S. 39 Ziffer 22; b) „Sozialhygienisches Denken und Handeln in der Vergangenheit", Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 1.* — *17.* **E. Tretau:** *„Öffentliche Bäder im Jahre 1904 oder 1904/1905", Statistisches Jahrb. Deutscher Städte, Breslau 1907 Jahrg. 14.*

7. Erholung.

In dem Abschnitt „Arbeitsverhältnisse" haben wir uns damit beschäftigt, wie sich die Bevölkerungen nach der Berufsarbeit gliedern, wie die Leistungsfähigkeit, Gesundheit und Lebensdauer durch die Erwerbstätigkeit beeinträchtigt werden, und wie die schädlichen Einflüsse um so stärker einwirken, je geringer die Arbeitslöhne und je höher die Kosten für den Lebensunterhalt sind. Die gesundheitlichen Folgen der Arbeit sind im wesentlichen abhängig von der Ernährung und der Erholung, die sich die Erwerbstätigen und ihre Angehörigen auf Grund des Einkommens zu leisten vermögen. Über die Ernährung wurde bereits im Abschnitt „Nahrungswesen" das Erforderliche angeführt. Jetzt haben wir uns noch mit der Erholung, dem Gegenpol der auf die Arbeit folgenden Ermüdung, zu befassen. Dazu müssen einige Angaben über den physiologischen Einfluß der Arbeit vorausgeschickt werden.

a) Der gesundheitliche Zweck der Erholung.

Obwohl sich die Arbeit[1]) von Urbeginn der Menschheit an geltend gemacht hat, werden ihre Wirkungen doch erst seit wenigen Jahrzehnten wissenschaftlich erforscht. Der Münchener Anthropologe Ranke hat als erster im Jahre 1865 die Ermüdung der Muskeln als Folge der Anhäufung von toxischen Stoffen angesprochen. Der italienische Physiologe Mosso hat dann im Jahre 1891 gezeigt, daß diese im Muskel erzeugten Ermüdungsstoffe vom Blut aufgenommen werden und so in alle Körperteile gelangen. Zu Beginn dieses Jahrhunderts hat der Göttinger Physiologe Verworn seine diesen Gegenstand betreffenden Forschungsergebnisse folgendermaßen zusammengefaßt:

> „Nach alledem müssen wir bei den Ermüdungserscheinungen, und zwar jedenfalls nicht nur der Nerven und der Muskeln, sondern überhaupt aller lebendigen Substanz, zwei ganz verschiedenartige Komponenten unterscheiden, einerseits die Anhäufung von Zersetzungsprodukten, die durch die angestrengte Tätigkeit entstehen, und andererseits den Verbrauch und mangelhaften Ersatz der zur Restitution der lebendigen Substanz nötigen Stoffe, vor allem des Sauerstoffes. Um diese beiden grundverschiedenen Momente auch sprachlich zu unterscheiden, wird es daher zweckmäßig sein, die durch die Vergiftung mit den eigenen Zersetzungsprodukten entstehende Lähmung als „Ermüdung" im engeren Sinne, die aus dem Verbrauch und mangelnden Wiederersatz der lebendigen Substanz entspringende Lähmung dagegen als „Erschöpfung" zu bezeichnen."

Diese Bezeichnungen weichen zwar von dem allgemeinen Sprachgebrauch insofern ab, als man gewöhnlich unter „Erschöpfung" eine besonders starke oder übermäßig lange Ermüdung versteht, sie veranschaulichen aber deutlich, welche Rolle nach Verworn eine hinreichende Ernährung bei der Ausschaltung der Ermüdungsstoffe spielt.

Im Jahre 1904 konnte Weichardt die Ermüdungstoxine getrennt von den sonstigen Abbaustoffen herstellen. Spritzte er diese Toxine einem Tiere ein, so entstanden Anzeichen schwerster Ermüdung. Es gelang Weichardt auch, ein entsprechendes Antitoxin, das

[1]) Unter der Bezeichnung „Arbeit" verstehen wir an dieser Stelle zunächst nur die unter normalen Bedingungen zu verrichtende körperliche oder geistige Tätigkeit; die Beschäftigung in gesundheitsgefährlichen Betrieben und die Erwerbsarbeit von Kindern, Jugendlichen, schwangeren Personen usw. werden jeweils in den betreffenden besonderen Abschnitten berücksichtigt werden.

bei Tieren wirksam ist, zu erzeugen. Ein praktisches Ergebnis hatten jedoch diese wissenschaftlich bemerkenswerten Versuche bisher nicht.

Die ärztlichen Beobachtungen haben als Folgen der körperlichen Ermüdung Zittern, Schwitzen mit Rötung des Gesichts, Schmerzen, vermehrtes und vertieftes Atmen, Pulsbeschleunigung u. a. m., kurz ähnliche Zeichen, wie bei einer Infektion, festgestellt. Bei geistiger Ermüdung treten Überempfindlichkeit gegen Reize (Schall, Licht usw.), Schlaflosigkeit, Appetitstörung, Mißstimmung usw. auf. Die körperliche Ermüdung lähmt auch die geistige Leistungsfähigkeit, und die Überanstrengung des Gehirns führt zur physischen Erschlaffung.

Die geistige Ermüdung haben viele Psychiater und Pädagogen erforscht; namentlich sind hier die Arbeiten von Kräpelin hervorzuheben. Es ließ sich zeigen, daß die Leistungen durch Übung und Willensanspannung gesteigert werden können, und daß man für einige Zeit das Müdigkeitsgefühl zu verscheuchen vermag, daß aber dann der Augenblick eintritt, wo dem fieberhaften Tätigkeitsdrang eine schwere Ermüdung bis zur Erschöpfung folgt. Wie die Versuche ergeben haben, setzt die Ermüdung beim Genuß von Alkohol während der Tätigkeit vorzeitig ein. Nach Kraepelin sind Kaffee und Tee, welche einerseits die geistige Arbeit erleichtern, andererseits auch die Kraftleistung unserer Muskeln steigern, sehr viel harmloser. Vom Tabak steht noch nicht fest, ob er eine erleichternde Wirkung auf die geistige oder körperliche Arbeit auszuüben vermag.

Erwähnt seien an dieser Stelle noch die Forschungen auf dem Gebiet der Arbeitsrationalisierung, die durch das Taylorsystem[1]) und die Psychotechnik[2]) angestrebt wird. Bei diesen planmäßig erfolgenden Arbeitsvorgängen handelt es sich zwar in erster Linie um wirtschaftliche Vorteile, aber diese Neuerungen besitzen doch auch einen gesundheitlichen Wert.

Um die Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erhalten, muß auf die Arbeit rechtzeitig eine ausgiebige Erholung bei hinreichender Ernährung folgen.

Fehlt es an Ruhe und Nahrungsmitteln in genügendem Umfange, so zeigen sich, nach E. Roth, Entzündungen der Muskeln, Sehnen und Gelenke, Erschlaffung der Bänder, Verbiegungen des Knochengerüstes, Krampfadern, Unterleibsbrüche, Krankheiten der Geschlechtsorgane, Herzbeschwerden, Neuralgien, Sehstörungen, Appetitlosigkeit, Mattigkeit, Kopfschmerzen und andere Erkrankungen.

Es ist daher erforderlich, daß die Erholung einsetzt, bevor diese Krankheiten auftreten. Dazu müssen den Minderbemittelten Zeit und Geld gewährt werden; und die Bemittelten müssen sich die nötige Zeit gönnen. Mit Recht hat E. Reich geschrieben:

„Zur Ausübung der Hygiene gehört vor allem Zeit und Geld. Wer Tag und Nacht arbeiten muß, um das nackte Leben durchzubringen, wer nicht so viel Mittel besitzt, die einfachste Bequemlichkeit und Erleichterung sich verschaffen zu können: dem liegt die Hygiene weit ab. Muße gehört zur Hygiene; aber die hierzu nötige Muße fehlt dem Proletarier, sei es der Arbeit, sei es des Geistes. Dem Übermütigen fehlt nicht das Geld, aber die Zeit zur Hygiene; dem Toren fehlt die Kenntnis, die Vorsicht, die Beweglichkeit, die Fähigkeit der Anwendung; dem Mode-Narren fehlt es an Ernst und Gesinnung."

In der Tat, nicht nur infolge wirtschaftlicher Not, sondern vielfach aus Gründen, die in einer gewissen Überkultur liegen, kommen zahlreiche Menschen um die dringend erforderliche Erholung. Angebliche gesellschaftliche Pflichten, vor allem aber übertriebene

[1]) Siehe Taylor-Wallichs: „Die Betriebsleitung", 1909.

[2]) H. Münsterberg: „Grundzüge der Psychotechnik", 1914.

Gewinnsucht und Ehrgeiz machen sich hierbei geltend. Mit einer Anlehnung an ein Wort von Ruskin[1]) muß warnend betont werden: Man kann zwar Gesundheit, um Geld und Zeit zu gewinnen, opfern, aber man kann, wenn es zu spät ist, nicht mehr Geld und Zeit in Gesundheit zurückverwandeln.

Die Arbeit ist nicht nur aus wirtschaftlichen, sondern auch aus gesundheitlichen Gründen, namentlich soweit es sich um Muskeltätigkeit handelt, erforderlich. Zutreffend hat Kräpelin betont, daß die Arbeit ein Doppelgesicht trägt: Fluch und Segen liegt in ihr eingeschlossen. An uns ist es, der Arbeit den Stachel zu nehmen. Dazu ist es vor allem nötig, daß dem Arbeitenden die gebührende Achtung und auch eine hinreichende Erholung gewährt werden.

Erwähnt seien an dieser Stelle die Darlegungen von H. Herkner, nach welchen Gesichtspunkten Kirche und Staat früher (im Gegensatz zur Jetztzeit) die Frage der Arbeitszeit und Arbeitsruhe betrachteten: Der Kirche kam es vor allem darauf an, daß der Besuch des Gottesdienstes am Sonntag ermöglicht wurde, und der Staat war in erster Linie auf die Militärtauglichkeit der Fabrikbevölkerung bedacht.

b) Erholungsmaßnahmen.

α Begrenzung der Arbeitszeit; Arbeitspausen.

Um allen Menschen die wünschenswerte Erholung zu verschaffen, sind, neben der Belehrung in dem zuletzt erwähnten Sinne, mannigfaltige Maßnahmen nötig. Man muß unterscheiden: 1. die während eines Tages, 2. die während einer Woche und 3. die während eines Jahres notwendige Erholung.

Vielumstritten ist noch die Frage der täglichen Arbeitszeit, wobei es sich überdies um drei Teilfragen handelt, nämlich 1. wieviel Arbeitsstunden auf einen Tag fallen können, 2. wann die Arbeit beginnen darf, und 3. wie die Arbeitsstunden aufeinander folgen sollen.

Man wird sogleich erkennen, daß die Dauer der Arbeit sich nach der Ermüdungsgrenze, die jeweils von der Art der Tätigkeit (Schwere, Intensität) und den Eigenschaften des Arbeitenden abhängt, richten muß. Eine einheitliche, für alle Arbeiter in gleicher Weise zutreffende Arbeitszeit gibt es mithin nicht. Im einzelnen Falle kann z. B. der Achtstundentag schon als zu hoch erachtet werden, während in anderen Fällen (es sei z. B. an die sogenannte Arbeitsbereitschaft erinnert) eine länger als acht Stunden währende Tätigkeit keineswegs mit einer Gesundheitsschädigung verbunden zu sein braucht. Eine Schematisierung kann daher vom hygienischen Standpunkte aus nicht befürwortet werden. Andererseits darf hierbei aus organisatorischen Gründen nicht zu weitgehend gegliedert werden.

Thomas Morus hat in seiner „Utopia“ (siehe oben S. 28) vor 300 Jahren den Sechsstundentag vorgeschlagen und Hufeland[2]) hat vor mehr als 100 Jahren die Gesundheitsregel: acht Stunden Arbeit, acht Stunden Muße, acht Stunden Schlaf aufgestellt. Ebenso hat der Nationalökonom Robert Owen[3]) 1817 den Achtstundentag als die vorteilhafteste

[1]) John Ruskin: „Menschen untereinander“; Auswahl aus seinen Schriften, übersetzt von M. Kühn; 41.—50. Tausend, S. 145, Verlag K. R. Langewiesche, Düsseldorf.

[2]) Siehe J. Zadek: „Der Achtstundentag eine gesundheitliche Forderung“, Berlin 1907, Arbeitergesundheitsbibliothek Heft 4.

[3]) Nach Angabe von St. Bauer.

Regelung der Arbeitszeit vorgeschlagen. Und auch die 19. Sektion des 8. Internationalen Kongresses[1]) für Hygiene und Demographie erklärte sich im Jahre 1894 in einer Entschließung grundsätzlich für den Achtstundentag. Zwischen den Hygienikern und dem sozialdemokratischen sog. Erfurter Programm vom Jahre 1891 bestand mithin in diesem Punkte Übereinstimmung, der sich naturgemäß auch die Gewerkschaften anschlossen.

Während bis zum Ende des Weltkrieges in Deutschland eine gesetzliche Begrenzung der Arbeitszeit für erwachsene männliche Arbeiter nicht zu erreichen war — nach Vereinbarungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern wurde zumeist täglich 9—10 Stunden gearbeitet —, hat am 23. November 1918 das Reichsamt für wirtschaftliche Demobilmachung eine Anordnung über die Regelung der Arbeitszeit gewerblicher Arbeiter (RGBl. S. 1334) erlassen, wonach die regelmäßige tägliche Arbeitszeit ausschließlich der Pausen in allen gewerblichen Betrieben einschließlich des Bergbaues, in den Betrieben des Reichs, des Staates, der Gemeinden und Gemeindeverbände sowie in landwirtschaftlichen Nebenbetrieben gewerblicher Art die Dauer von acht Stunden nicht überschreiten darf. Deutschland[2]) wurde dadurch der erste europäische Staat, der die seit einem Menschenalter von den Arbeitern mit Zähigkeit vertretene Forderung erfüllt hat.

Dem Beispiel Deutschlands folgten bereits 1918 Polen und Luxemburg, 1919 Spanien, Frankreich, Portugal, die Schweiz (für die Verkehrsanstalten), Norwegen und Schweden. In England, Italien und Belgien ist, wie St. Bauer angibt, der Achtstundentag infolge der gewaltigen Ausdehnung der Gewerkschaften tatsächlich eingeführt, obwohl es an einer entsprechenden Gesetzgebung fehlt.

Aber im Laufe der letzten Jahre haben sich schwerwiegende Bedenken gegen den schematischen Achtstundentag erhoben. Vielfach ist darüber geklagt worden, daß die Volkswirtschaft in dem schon stark verarmten Deutschland durch den Achtstundentag in noch weitere Schwierigkeiten gebracht wird. Die Reichsregierung hat in der Verordnung über die Arbeitszeit vom 21. Dezember 1923 (RGBl. S. 1249) zwar grundsätzlich am Achtstundentag festgehalten, aber doch in gewissen Fällen, namentlich für Gewerbezweige, bei denen regelmäßig oder in erheblichem Umfang Arbeitsbereitschaft vorliegt, die Möglichkeit eröffnet, durch Tarifvertrag die tägliche Arbeitszeit bis auf zehn Stunden zu verlängern. Tatsächlich wird jetzt, soweit nicht wegen Arbeitsmangel die Arbeitszeit verkürzt werden mußte, je nach der Art des Industriezweiges[3]) teils acht, teils neun, teils sogar zehn Stunden gearbeitet.

Diese Entwicklung ist vom hygienischen Standpunkte aus zu bedauern. Aber andererseits muß betont werden, daß der Achtstundentag nur dann einen gesundheitlichen Vorteil zeitigt, wenn die freie Zeit zweckdienlich verwendet wird. Gewiß haben zahlreiche Arbeiter und Arbeiterinnen die freien Stunden für die Pflege von Körper und Geist benutzt und dem Sinn des Gesetzes entsprochen; es wurde jedoch oft auch das Gegenteil[4]) be-

[1]) Siehe J. Zadek: „Der Achtstundentag eine gesundheitliche Forderung“, Berlin 1907, Arbeitergesundheitsbibliothek Heft 4.

[2]) Siehe den Aufsatz „Geschichtliche Entwicklung des Achtstundentages gewerblicher Arbeiter im In- und Auslande“, Reichsarbeitsblatt 1919 Nr. 5 u. 6.

[3]) Siehe den Aufsatz „Die Regelung der Arbeitszeit in den Tarifverträgen“, Soziale Praxis 1924 Nr. 23.

[4]) Helene Simon berichtet hierüber folgendes: „Ferner erleichtert der ungeteilte Arbeitstag die ‚Schwarzarbeit‘. So kam es vor, daß Arbeiter regelmäßig zwei Schichten nacheinander in verschiedenen Betrieben tätig waren. Sicher ist dies, ganz abgesehen von den Gesundheitsgefahren, der Arbeitsleistung weder hier noch dort förderlich.“

obachtet. Sodann ist es, wie Kölsch darlegt, fraglich, ob die kürzere Tätigkeit von hygienischem Nutzen ist, wenn in beschränkter Zeit mit größtem Kraftaufwand geschafft werden muß, um die sonst unvermeidbare Verminderung der Erzeugnisse einigermaßen auszugleichen.

Neben der Arbeitsdauer ist die Zeit des Arbeitsbeginnes von Wichtigkeit. Wie Kölsch berichtet, haben eingehende Untersuchungen besonders in englischen und amerikanischen Betrieben gezeigt, daß die Ermüdung und die sog. „verlorene", d. h. vertrödelte Zeit zunimmt, je früher der Arbeitsbeginn fällt. „Die Arbeitszeit soll daher", schreibt Kölsch, „im Sommer nicht vor 7 Uhr, im Winter nicht vor ½8—8 Uhr beginnen. Ein nahrhaftes Frühstück vor Arbeitsbeginn fördert die Arbeitsfähigkeit und verzögert den Eintritt der Ermüdung."

Im Zusammenhang mit dem Achtstundentag wurde vielfach die ungeteilte Arbeitszeit eingeführt. Für diese, wie für die ungeteilte Schulzeit waren früher viele Hygieniker, namentlich M. v. Gruber sowie H. Kossel, mit guten Gründen eingetreten. Insbesondere wurde darauf hingewiesen, daß die ungeteilte Arbeitszeit Vorteile für die Ernährung bietet und vor allem nötig ist, um der in der Stadt arbeitenden Bevölkerung das Wohnen in ländlichen Siedlungen zu ermöglichen. Aber bereits 1921 hat M. Hahn dargelegt, daß man die ungeteilte Arbeitszeit gerade in dem Augenblick eingeführt hat, wo die Ernährungsschwierigkeiten noch keineswegs behoben waren, und daher selbst die Geistesarbeiter einer so zusammengedrängten Arbeit längst noch nicht körperlich gewachsen waren.

Besonders beachtenswert ist die Stellungnahme des erfahrenen bayerischen Landesgewerbearztes Kölsch zur Frage der ungeteilten Arbeitszeit. Die oben erwähnte Regel von Hufeland bezeichnet er als ein Schlagwort, das im Sinne der Zeitenfolge grundfalsch ist. Ohne längere Pausen durchzuarbeiten, hält er für einen Raubbau an Arbeitskraft, so begreiflich der Wunsch ist, möglichst lange, zusammenhängende arbeitsfreie Zeiträume zu erreichen. Darüber, wie die Pausen zu gestalten sind, äußert er sich folgendermaßen:

„Zweckmäßig halten wir auseinander die etwa in der Mitte der Arbeitszeit notwendige längere ‚Erholungspause', die mit dem Einnehmen der Mahlzeit zusammenfällt, und kleinere ‚Schnaufpausen', die je in die halbe Schicht eingeschaltet werden. Eine längere Erholungspause inmitten der Arbeitszeit ist eine unbedingte physiologische Notwendigkeit; sie ist bestimmt zum Ausruhen und zur Nahrungsaufnahme, d. h. zum Essen und zur Einleitung des Verdauungsprozesses. Über die Notwendigkeit einer ordnungsgemäßen Nahrungsaufnahme für die Leistungsfähigkeit erscheinen weitere Ausführungen unnötig. Dazu gehört aber neben der richtigen Art und Menge der Speisen auch Zeit, Entfernen von störenden Ablenkungen, äußere Bequemlichkeit, ein gewisses Behagen, die ‚Essensfreude', wenn die Nahrung richtig ausgewertet werden soll. Ungenügendes Zerkleinern und Einspeicheln, Unruhe und Ärger beim Essen führt zu verminderter Produktion der Verdauungssäfte; mangelnde Ruhe stört die Blutverschiebung zum Magendarmkanal bezw. zu den Baucheingeweiden.

Als durchschnittliche Mindestforderung dürfen wir wohl eine Stunde Essenspause annehmen, falls keine schädliche Leerlaufsarbeit beansprucht wird, d. h. falls das Essen im Betrieb selbst oder in nächster Nähe eingenommen werden kann; sind jedoch größere Entfernungen zur Wohnung nötig, so muß die Mittagspause auf 1½—2 Stunden ausgedehnt werden. Die Bereitstellung entsprechend ausgestatteter Eßräume im Betrieb ist daher unter Umständen von sehr maßgebender Bedeutung für die Leistung der Arbeiter bezw. für die Produktivität des Betriebes. Grundfalsch ist es, in der Großstadt den ganzen Betrieb über Mittag zu schließen und die Arbeiter auf die Straße zu werfen.

Die Stellungnahme zur durchgehenden sogenannten englischen Arbeitszeit ist individuell sehr verschieden; Wohnlage, d. h. Entfernung der Wohnung vom Arbeitsplatz, Fahrgelegenheit und ähnliches sind maßgebend. Leider gestattet der derzeitige Wohnungsmangel nicht, die Wohnung

beliebig in der Umgebung der Arbeitsstellen zu wählen; große Entfernungen sind daher recht häufig und drängen zur durchgehenden Arbeitszeit. Aber diese ist ohne Dauerschädigung nur tragbar, wenn die Ernährung dabei nicht leidet, wenn ein ausgiebiges, nahrhaftes und nachhaltendes Frühstück eingenommen wurde, wie dies in England allgemein der Gebrauch ist. Nur in diesem Falle genügt dann tagsüber ein Frühstücks- oder Vesperbrot. Trotzdem besteht auch in England meist um 1 Uhr noch eine kurze Pause. Aber diese Voraussetzung trifft für den deutschen Arbeiter nicht zu; das übliche karge Frühstück genügt nicht, um den ganzen Tag über Energien zu spenden. Hier tritt nach vier Stunden ein Hungergefühl auf, verbunden mit Abnahme der Konzentrationsfähigkeit und anderen Ermüdungserscheinungen. Die Folge ist dann eine vorzeitige Minderung der geistigen und körperlichen Leistungsfähigkeit. Auch Magenleiden sind häufig, so daß manche angesehene Kliniker gegen die durchgehende Arbeitszeit Stellung nehmen. Für die Gesundheit und Arbeitskraft ist daher die geteilte Arbeitszeit besser.

Außer der längeren Mittagspause sind aber auch noch kürzere ‚Schnaufpausen‘ erforderlich. Die Festsetzung dieser Pausen richtet sich nach Art bezw. Schwere der Tätigkeit bezw. nach den speziellen Arbeitsbedingungen. Jedenfalls lehren uns die energetischen Gesetze, daß auch verhältnismäßig kleine Pausen, besonders wenn dabei eine Kleinigkeit gegessen wird, die Arbeitsleistung erheblich fördern; dies gilt sowohl für die körperliche als auch für die geistige Beanspruchung. Die Erfahrungen der Praxis bestätigen auch den wirtschaftlichen Wert der eingeschalteten Zwischenpausen.“

In ähnlicher Weise wie Kölsch äußerte sich auch der preußische Gewerbearzt Gerbis. Er wies darauf hin, daß der Mensch zwar keine Maschine ist, die in 10 Stunden mehr arbeitet als in 8 Stunden; aber bei der Einteilung der Arbeit müsse das ärztliche Urteil zur Geltung gelangen. „Die Arbeiterschaft selbst“, so fuhr er fort, „hat durch den Fortfall der Pausen die möglichen Vorzüge des Achtstundentages verdorben; die Erzeugung ist vermindert, eine Schonung der Arbeitskraft bei gleicher Leistung nicht erzielt worden. Der Achtstundentag scheint in der jetzigen Form für unsere Wirtschaftslage wie für die Volksgesundheit in gleicher Weise unerträglich.“

β) Sonntagsruhe und Sonnabendfrühschluß.

Auf die hohe Bedeutung der Sonntagsruhe wurde schon in dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene“ (S. 19 u. 20) hingewiesen. In Deutschland ist die Sonntagsruhe nach § 105a der Reichsgewerbeordnung für alle gewerblichen Betriebe angeordnet. Aber im Handelsgewerbe hat sie bis zum Ende des Weltkrieges gefehlt; erst durch einen Zusatz zur Gewerbeordnung (§ 105b Abs. 2) in der Fassung vom 5. Februar 1919 (siehe RGBl. S. 176) wurde die Sonntagsruhe grundsätzlich sowohl für die Arbeiter als auch für die Handlungsgehilfen und Lehrlinge ebenso wie in anderen Gewerben eingeführt.

Erwähnenswert ist aus mehreren Gründen der „Entwurf eines Gesetzes betreffend Sonntagsruhe im Handelsgewerbe“ vom 3. November 1913 (Reichstagsdrucksache, 13. Legislaturperiode I. Session 1912/13 Nr. 1176). Die Reichsregierung schlug damals zum Zwecke einer Verbesserung der Zustände vor, daß die Beschäftigung am Sonntag in offenen Verkaufsstellen bis zu drei Stunden, im übrigen Handelsgewerbe bis zu zwei Stunden zulässig sein soll. Dem „Entwurf“ war der Auszug von einem im Jahre 1906 erstatteten Gutachten des Kaiserl. Gesundheitsamtes angefügt.

In dem Gutachten wurde dargelegt, daß die volle Sonntagsruhe für die Erholung des Nervensystems erforderlich ist; denn die Frühstunden sind im Sommer häufig gerade diejenigen, die sich zu einem Ausflug ins Freie am besten eignen. Und dann hieß es wörtlich: „Eine auch nur durch eine kurze Arbeitszeit in zwei Stücke getrennte Ruhezeit besitzt für geistig überanstrengte, nervöse Personen nicht entfernt den gleichen Erholungswert wie ein gleicher zusammenhängender Zeitraum. Insbesondere gilt dies für Kontoristen, die zeitweise Überarbeit zu leisten haben. Daß die gesundheitliche Bedeutung des freien Sonntags noch wesentlich gesteigert wird, wenn am Sonnabend vorher schon die Arbeitszeit eine Verkürzung erfahren hat, ergibt sich aus den vorstehenden Ausführungen

von selbst. Es dürfte sogar möglich sein, durch eine solche Maßnahme denjenigen Kontoristen, die während der Saison erhebliche Überarbeit geleistet haben, die nötige Erholung zu verschaffen. Doch wird es dazu nötig sein, daß monatelang, möglichst während der ganzen Dauer der stillen Geschäftszeit, ein Sonnabend-Frühschluß stattfindet, und daß die Leute in derselben Zeit volle Sonntagsruhe genießen."

Hier finden wir also einen Hinweis auf die gesundheitliche Bedeutung des freien Samstagnachmittags.

Ferner wurde in dem Gutachten betont, daß die von der Reichsregierung geplante Verminderung der Sonntagsarbeit als alleinige Maßnahme schwerlich dazu führen wird, die Gesundheitszustände der Handelsangestellten zu verbessern. Trotzdem hat sich die Regierung nicht einmal zur vollen Sonntagsruhe im Handelsgewerbe, geschweige denn zum freien Samstagnachmittag entschlossen. Wie ein Vertreter der Reichsregierung am 16. Januar 1914 im Reichstage[1]) ausführte, „kann die Durchführung der Sonntagsruhe nach dem Maß menschlicher Verhältnisse und Unvollkommenheiten nicht überall restlos geschehen". Und der den sozialen und religiösen Standpunkt sonst nachdrücklich betonende Reichstagsabgeordnete Graf Posadowsky fügte hinzu, daß die für ein Hirtenvolk erlassene Sittenordnung, die Sabbatruhe, leider in unserem verwickelten Geschäftsleben, in unseren schwierigen Erwerbsverhältnissen selbstverständlich nicht mehr klar durchgeführt werden kann.

Das deutsche Volk ist allerdings in seiner überwiegenden Mehrheit kein Volk von Bauern und Hirten mehr. Aber gerade wegen der Kompliziertheit unserer beruflichen Zustände, bei denen jeder seine geistigen und körperlichen Kräfte aufs äußerste anspannen muß, um im Wettbewerb nicht zu unterliegen, bedürfen wir einer ausgiebigeren Erholung, als sie für ein Hirtenvolk erforderlich ist. Für die einfachen Verhältnisse zur Zeit der mosaischen Gesetzgebung genügte ein Ruhetag innerhalb einer Woche; für unsere gegenwärtigen Verhältnisse reicht eine solche Erholungsfrist oft nicht mehr aus.

In England war die Samstagsnachmittagsruhe, oder, wie man auch sagt, der Sonnabendfrühschluß für Kinder und Frauen schon lange vor dem Weltkrieg verbindlich. Auch in anderen Staaten mußte am Samstag die Arbeitszeit der Frauen früher beendet werden als an anderen Wochentagen, im Deutschen Reich z. B. um 5 Uhr nachmittags, gemäß § 137 der Gewerbeordnung. Aber in England war damals schon die Samstagsnachmittagsruhe auch für die erwachsenen Männer infolge eines allgemeinen Brauches so streng durchgeführt, daß man in Frankreich von einer „semaine anglaise" sprach. Es wurde geschätzt[2]), daß 85% der Erwachsenen, welche in der englischen Industrie tätig sind, die Samstagsnachmittagsruhe genießen. Das Recht auf diese Ruhe wurde für alle englischen Handlungsgehilfen durch das Ladenschlußgesetz[2]) (Shops Act), das im Mai 1912 in Kraft getreten ist, geschaffen. Nach einem Bericht von Heyde wandte man vor dem Weltkrieg die englische Arbeitszeit an Sonnabenden wenig an im preußischen Osten, viel in Württemberg, Baden, im Wuppertal, in Offenbach, Nürnberg-Fürth und anderen industriellen Gebieten. „Die Neuregelung hat sich im wesentlichen vortrefflich bewährt, zum Vorteile sowohl der Arbeitnehmer wie der Arbeitgeber." In den drei letzten Vorkriegsjahren war die Sitte des Frühschlusses stetig gewachsen. Insbesondere hatte die englische Woche für Privatangestellte und öffentliche Beamte große Fortschritte ge-

[1]) Siehe „Verhandlungen d. Reichstages", 13. Legislaturperiode, 1. Session, Bd. 291 S. 6561 ff.
[2]) Siehe Année sociale internationale 1913/1914, 4 me Année, Reims 1914.

macht. Seit dem Kriegsende ist die Samstagsnachmittagsruhe[1]) in Deutschland sehr verbreitet.

γ) Erholungsurlaub.

Neben der täglichen und wöchentlichen Arbeitsruhe ist aber für die meisten Menschen einmal im Jahre auch ein Erholungsurlaub, der eine oder mehrere Wochen währt, erforderlich.

Auch schon vor dem Weltkrieg haben in Deutschland manche Arbeitgeber und vor allem die Versicherungsträger häufig Arbeitern und Angestellten zur Wiedererlangung der Gesundheit und zur Verhütung der Invalidität einen Erholungsurlaub gewährt. Aber es sollte hiermit nicht gewartet werden, bis eine Krankheit vorliegt. Die meisten Erwerbstätigen, besonders diejenigen, die mit giftigen Stoffen arbeiten, angreifenden Gasen oder üblen Gerüchen ausgesetzt sind, viel Staub (sei es in Schreibstuben, in Werkstätten oder auf der Straße) einatmen müssen, aber auch die Geistesarbeiter, die eine nervenaufreibende Tätigkeit ausüben, bedürfen einer ausgiebigen Ruhezeit. Dafür haben sich „Ferien vom Ich", d. h. ein Aufenthaltswechsel heraus aus dem beruflichen und gesellschaftlichen Alltagsleben und hinaus in die freie Natur, in den Wald, an die See, als das wirksamste Mittel bewährt. Damit aber diese Ferien wirklich ihren Zweck erfüllen, müssen sie wenigstens eine Woche dauern, und für diese Zeit muß der Lohn fortbezahlt werden.

Aus einer Erhebung, die das Kaiserl. Statistische Amt[2]) hinsichtlich des Urlaubs des Kontorpersonals bei 13673 Betrieben in 459 Städten 1901 veranstaltet hat, ergab sich, daß nur 39 % der Angestellten regelmäßig und 8 % „auf Wunsch" Ferien gewährt wurden. Und wenn auch, wie M. Mosse 1910 dargelegt hat, im ersten Jahrzehnt des 20 Jahrhunderts sich einige Besserungen auf diesem Gebiete gezeigt haben, so konnte der Zustand doch nicht befriedigen. Noch mißlicher war die Lage der Arbeiter. Die Zentralstelle für Volkswohlfahrt[3]) stellte auf Grund einer Umfrage bei 235 Fabriken im Jahre 1910 fest, daß nur 21 % der in Betracht kommenden Arbeiter Urlaub erhielten.

In Österreich schrieb bereits das Handelsgehilfengesetz, das am 1. Juli 1910 in Kraft trat, vor, daß bei Weiterzahlung der Bezüge dem Dienstnehmer, wenn das Dienstverhältnis ununterbrochen sechs Monate gedauert hat, ein ununterbrochener Urlaub von zehn Tagen zu bewilligen ist, und daß diese Frist bei einem Dienstverhältnis von mehr als fünf Jahren auf zwei bis drei Wochen verlängert werden muß.

Nach dem Weltkrieg haben auch Polen, Finnland und Rußland die Bewilligung eines Erholungsurlaubes gesetzlich angeordnet.

In Deutschland und in den meisten anderen Industrieländern (England, Italien, Norwegen, Schweden, Schweiz, Tschechoslowakei) enthält, nach den Angaben des Internationalen Gewerkschaftsbundes[4]), ein großer Teil der abgeschlossenen Tarifverträge Bestimmungen darüber, daß ein bezahlter Urlaub zu gewähren ist.

---

[1]) Über die jeweiligen Fortschritte auf diesem Gebiete in den einzelnen deutschen Ländern geben die „Jahresberichte der Gewerbeaufsichtsbeamten und Bergbehörden" Auskunft.

[2]) „Erhebung über die Arbeitszeit der Gehilfen und Lehrlinge in solchen Kontoren des Handelsgewerbes und kaufmännischen Betrieben, die nicht mit offenen Verkaufsstellen verbunden sind." Bearbeitet im Kaiserl. Statist. Amt, Berlin 1902.

[3]) „Aufgaben und Organisation der Fabrikwohlfahrtspflege in der Gegenwart", Schriften d. Zentralstelle f. Volkswohlf., N. F. Heft 5, Berlin 1910.

[4]) Siehe Soziale Praxis 1924 Nr. 25.

Über die neueste Gestaltung im Deutschen Reich teilt die Reichsarbeitsverwaltung[1]) folgendes mit:

„Von allen Ende 1922 in Kraft stehenden Tarifverträgen war in 8620 für 804541 Betriebe und 13224647 Arbeitnehmer der Urlaub tariflich geregelt. Die Zahlen des Jahres 1921 sind: 8357 Verträge, 525157 Betriebe und 11171153 Personen. Es sind also für 92,7% aller tariflich erfaßten Personen (im Vorjahre 86,7%) Urlaubsregelungen getroffen. In den Angestelltentarifen ist für 93,3% (1921: 92,6%) aller unter Tarife fallende Angestellte ein Urlaub vereinbart.

Die Mindestdauer fällt für mehr als die Hälfte aller Personen, nämlich für 53,8% (im Vorjahre 50,4%) in die unterste Stufe (bis zu 3 Arbeitstagen); für 38,6% (im Vorjahre 41,5%) in die Stufe 3 bis 6 Arbeitstage. Bei den Angestellten bleibt die untere Urlaubsgrenze meist in der Gruppe über 3 bis 6 Arbeitstage, nämlich für 72,9% (71,6% im Vorjahre). Die Höchstdauer lag für 44,2% (im Vorjahre 45,2%) aller durch Urlaubsregelungen erfaßten Arbeitnehmer zwischen 6 und 12 Arbeitstagen. Bei den Angestellten lag sie für 53,0% (im Vorjahre 49,9%) zwischen 12 und 18 Arbeitstagen; 42,4% (1921: 45,5%) der Angestellten hatten über 18 Arbeitstage Urlaub."

Diese Entwicklung ist zu begrüßen; aber weitere Fortschritte sind noch erforderlich. Auch sollten für Arbeiter und Angestellte mehr noch als bisher Reisesparkassen, Erholungsheime und andere Einrichtungen, die das Reisen und den Genuß eines Erholungsaufenthaltes erleichtern, geschaffen bezw. weiter gefördert werden.

Literatur: *1.* **Stephan Bauer:** *„Achtstundentag", Art. i. Handw. d. Staatswissensch. 4. Aufl. 1923, Bd. 1. — 2.* **Gerbis:** *„Fehler in der Praxis des Achtstundentages", Soz. Praxis 1923 Nr. 49 und 50. — 3.* **M. v. Gruber:** *„Ungeteilte Arbeits- und Schulzeit", Schriften d. bayer. Landesvereins z. Förderung des Wohnungswesens, Heft 3, München 1911. — 4.* **M. Hahn:** *a) „Urlaub und Erholung", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; b) „Sozialhygienische Ausblicke in Deutschlands Zukunft", Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 3. — 5.* **H. Herkner:** *„Arbeitszeit", Art. i. Handw. d. Staatswissensch. 4. Aufl. 1923 Bd. 1. — 6.* **L. Heyde:** *„Der Samstag-Frühschluß in Industrie und Handel des deutschen Reichs", Schrift. d. Gesellsch. f. soz. Reform, Heft 52/53, Jena 1914; b) „Abriß der Sozialpolitik", Wissenschaft u. Bildung Bd. 158, Leipzig 1920. — 7.* **F. Kölsch:** *„Ärztliche Gedanken über Arbeitszeit und Pausen", Sozialhyg. Mitteil. 1924 Heft 1 u. 2. — 8.* **H. Kossel:** *„Ungeteilte Arbeits- und Schulzeit vom Standpunkt des Arztes", Schriften d. Bad. Landeswohnunvereins, Heft 11, Karlsruhe 1917. — 9.* **Kräpelin:** *a) „Zur Hygiene der Arbeit", Jena 1896; b) „Zur Überbürdungsfrage", Jena 1897. — 10.* **K. B. Lehmann:** *„Arbeits- und Gewerbehygiene", Leipzig 1919. — 11.* **M. Mosse:** *„Zur Kenntnis der Urlaubszeiten der kaufmännischen Angestellten", Wochenschrift für Soziale Hyg. u. Medizin 1910, Jahrg. 18 Nr. 18. — 12.* **A. Mosso:** *„La fatica" 1891, übersetzt von Glinzer, Leipzig 1892. — 13.* **Joh. Ranke:** *„Tetanus", Leipzig 1865. — 14.* **E. Reich:** *„System der Hygieine", Leipzig 1870. — 15.* **E. Roth:** *„Zur Physiologie und Pathologie der Arbeit, mit besonderer Berücksichtigung der Ermüdungsfrage", Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1911 Bd. 43. — 16.* **Helene Simon:** *„Achtstundentag, Arbeitspausen, Arbeiterwohlfahrt und Arbeitsergebnis", Soziale Praxis 1922 Nr. 46. — 17.* **Fr. Syrup:** *„Verordnung über die Arbeitszeit", Bücherei d. Arbeitsrechts Bd. 4, Berlin 1924. — 18.* **M. Verworn:** *„Allgemeine Physiologie", Jena 1901. — 19.* **W. Weichardt:** *a) „Über das Ermüdungstoxin und -antitoxin", Münch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 48; b) „Über Ermüdungsstoffe", Stuttgart 1912.*

8. Leibesübungen.

a) Begriff und Arten.

In unserer Begriffsdeutung (S. 1) wurde dargelegt, daß die Hygiene nicht nur Krankheiten zu verhüten, sondern auch die Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu stärken sucht. Ernährung, Wohnung, Kleidung, Hautpflege, Erholung usw. bieten in erster Linie einen Ersatz für vorausgegangenen Verbrauch dar oder schützen vor Krankheiten; positiv, aufbauend im Sinne einer Zunahme der Fähigkeiten, wirken lediglich die zur Ertüchtigung des einzelnen wie des ganzen Volkes veranstalteten Leibesübungen und die eine Höherzüchtung anstrebende Rassehygiene.

[1]) Siehe „Die Tarifverträge im Deutschen Reiche am Ende des Jahres 1922", 31. Sonderheft zum Reichsarbeitsblatt, Berlin 1924.

Unter dem Begriff „Leibesübungen" versteht man, nach Zander, „Bewegungen des ganzen Körpers oder der Teile des Körpers gegeneinander, die zur Kräftigung und Gesunderhaltung, zur Erzielung guter Körperhaltung und körperlicher Schönheit, zur Erholung von der Berufsarbeit oder zur Zerstreuung, zur Steigerung der Arbeitsfähigkeit und zur Vorbereitung auf den Kriegsdienst ausgeführt werden". Allen vernünftigen Leibesübungen ist gemein, daß sie den genannten Zwecken dienen; aber die einzelnen Arten der Leibesübungen besitzen nicht einen gleichhohen Wert für das Gesundheitswesen.

Man unterschied bis vor kurzem zwei Hauptrichtungen: Turnen (ein von Jahn statt der Bezeichnung „Gymnastik" angewandter Ausdruck), das eine möglichst gleichartige Ausbildung aller Körperteile und gute Durchschnittsleistungen breiter Volksmassen anstrebt, und Sport (Athletik, in England und den Vereinigten Staaten von Amerika besonders verbreitet), dessen Aufgabe die Ausbildung des einzelnen zu seiner persönlichen Höchstleistung auf beschränktem Gebiet ist. Diese Gegensätze bestanden aber mehr in der Theorie als in der Praxis; jetzt erstrebt man den Frieden zwischen Sport und Turnen. da man erkannt hat, daß bei sachgemäßem Betrieb die eine Art der Ausbildung die andere zur Ergänzung stets heranziehen muß.

Aus Spiel und Tanz entstanden ganz natürlich zunächst die einfachen Leibesübungen: Laufen, Springen, Werfen, aus denen sich dann die zahlreichen Arten der Leibesübungen entwickelten. Man unterscheidet: Turnen, Leichtathletik, Kraftsport, Wassersport, Rasen- und Ballspiele, Wintersport, Radfahren.

b) Einflüsse auf Körper und Geist.

Die Einflüsse der Leibesübungen auf Körper und Geist sind bedeutend. Sachgemäßes Turnen verhütet die sonst so häufig anzutreffenden Wirbelsäulenverbiegungen, erzeugt eine Vermehrung der Muskulatur[1]), kräftigt Herz und Lungen, fördert die Verdauung, stählt die Nerven. Dazu kommt, daß zugleich die Sinne geschärft, der Mut gehoben, der Wille gestärkt, überhaupt die Sittlichkeit, besonders hinsichtlich des Widerstandes gegenüber alkoholischen Exzessen und sexuellen Verführungen, verbessert wird. Richtig betrieben, werden Körperübungen zu Seelenübungen.[2])

Seit vielen Jahren wurden die Einflüsse der Leibesübungen, namentlich durch Zuntz, Schmidt (Bonn), Hüppe erforscht. In großem Maßstabe und planmäßig werden diese Untersuchungen aber erst seit der 1919 erfolgten Gründung der Hochschule für Leibesübungen (siehe unten) durchgeführt. Immerhin hat man doch bereits die günstige Wirkung der Leibesübungen seit langer Zeit bei Kindern und neuerdings auch bei Erwachsenen durch experimentelle Prüfungen ziffernmäßig feststellen können. In Übereinstimmung mit den Ergebnissen, die schon in den 90er Jahren Godin (Genf) gewonnen hatte, wies E. Matthias (Zürich), gestützt auf Forschungen, die bei über 2000 jungen Leuten durchgeführt wurden, nach, daß diejenigen, die regelmäßig Leibesübungen betrieben, an Körperlänge, Körperbreite, Gewicht, Umfang des Oberarms und Oberschenkels erheblich mehr zunahmen als diejenigen, welche an solchen Betätigungen sich nicht beteiligten. Durch die Einrichtung von Schulkindergärten (zuerst in Charlottenburg 1906)

[1]) Die Zunahme der Muskulatur durch Übung zeigt, daß das von La Mettrie stammende Schlagwort „Der Mensch eine Maschine" abzulehnen ist. Gewiß erfolgen im menschlichen Körper zahlreiche physikalische und chemische Vorgänge wie in einer Maschine. Aber keine Maschine kann durch ihre Tätigkeit eine Vermehrung ihres eigenen Stoffes erwirken.

[2]) Siehe die Fußnote 2 S. 155.

wurde bei nichtschulfähigen Schulrekruten durch richtige Verwendung von Luft, Licht und Nahrung sowie insbesondere durch Spielen im Freien erreicht, daß die schwächlichen Kinder nicht nur über 3 kg an Gewicht und 7—8 cm an Länge zunahmen, sondern auch geistig so geweckt wurden, daß die Unterrichtszeit in der ersten (Grund-) Klasse auf 2—2½ Stunden täglich gekürzt werden konnte. Roeder bewies 1910, daß bei Schulkindern die günstige körperliche und geistige Entwicklung, welche durch sechstägige Wandertouren erzielt wurde, sich besonders noch mehrere Monate hinterher zeigte. Herxheimer hat 150 jüngere Polizeibeamte, die an einem Sport- und Turnlehrerkurs teilnahmen, untersucht und den stark fördernden Einfluß der Leibesübungen auf die körperliche Entwicklung im Alter von 24—30 Jahren festgestellt; er beobachtete auch, daß diejenigen, welche Alkohol, selbst nur geringe Mengen (7 g 96proz. Alkohols) einnahmen, jedesmal schlechtere Ergebnisse beim Laufen und Schwimmen aufwiesen als die Enthaltsamen. Kohlrausch[1]) hat bei 74% der von ihm untersuchten Schüler der Hochschule für Leibesübungen im Laufe eines Semesters u. a. eine Lungenzunahme um durchschnittlich 1 cm und bei 70% ein Wachsen der Armspannweite durchschnittlich um 2 cm gefunden.

Es soll nun jedoch nicht verschwiegen werden, daß in den Leibesübungen auch gewisse gesundheitliche Gefahren liegen. Namentlich durch Überanstrengung können mannigfache Krankheiten entstehen. Bei der sportlichen Betätigung muß daher auf die jeweiligen persönlichen, beruflichen, zeitlichen und örtlichen Verhältnisse Rücksicht genommen werden; jede Schablone und jede Unmäßigkeit wären hier verhängnisvolle Fehler. Zutreffend ist auch, daß der Sport häufig zu Unfällen führt. Aber noch weit größerer Nachteil würde entstehen, wenn weite Volkskreise aus Furcht vor gelegentlichen Schädigungen oder aus Bequemlichkeit die Leibesübungen verabscheuen würden. Die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit würde sich dann verringern, die Widerstandsfähigkeit gegen Krankheiten würde sinken. Mit Recht hat jedoch Hüppe betont, daß wir weder eine „Spitalrasse“ noch „Gesundheitshypochonder“ brauchen können. Trifft dies schon im allgemeinen zu, so noch besonders für das deutsche Volk der Gegenwart, das ja, auf Grund des Versailler Friedensvertrages, den gesundheitlichen Nutzen der allgemeinen Wehrpflicht entbehren muß.

Die Leibesübungen kommen bei Personen aller Altersklassen, neuerdings sogar schon bei Säuglingen, zur Anwendung; dies gilt für das weibliche Geschlecht ebenso wie für das männliche. Naturgemäß muß die Art der Leibesübungen der jeweiligen Altersklasse angepaßt werden. Allerdings kann man nicht erwarten, daß die gesamte Bevölkerung durch sportliche Betätigung gefördert werden wird; Hüppe schätzt, daß 10—15% als verbesserungsunfähig oder verkrüppelt außer Rechnung zu lassen sind. Aber die restlichen 85—90% sollen durch planmäßige körperliche Erziehung zur vollen Leistungsfähigkeit ertüchtigt werden. Namentlich die Stadtbewohner sind zu einer eifrigen sportlichen Betätigung anzuhalten. Denn die Kultur bringt nicht nur gesundheitliche Fortschritte, sondern auch Rückschritte, und die städtische Wohn- und Lebensweise macht bewegungsunlustig. Hier gilt es ganz besonders, durch Leibesübungen hygienische Mißstände zu beseitigen bzw. zu verhüten. Die Leibesübungen stellen somit eine für das Gesundheitswesen äußerst wichtige Maßnahme dar.

[1]) Siehe den Tätigkeitsbericht S.-S. 1921 der Deutschen Hochschule für Leibesübungen.

c) Die Leibesübungen bei den Griechen und Römern.

Die hohe Bedeutung der Leibesübungen für das Volkswohl und den Staat wurde, wie wir schon in dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" (S. 20 ff.) dargelegt haben, bei den Griechen und Römern, im Gegensatz zu den Orientalen, vollauf gewürdigt. Hierüber seien nun aber noch einige weitere Angaben geboten. Zunächst sei auf die Abb. 39 hingewiesen. Sie zeigt uns die Körperpflege in einem attischen Gymnasion. Einige der Jünglinge baden sich nach der älteren griechischen Art, wo man sich mit Wasser übergießen ließ, andere reinigen sich mit der Strigilis, wieder andere reiben sich mit Öl ein. Die Anmut und Natürlichkeit in den Bewegungen dieser Jünglinge veranschaulichen mehr, als es Worte vermögen, auf welcher Höhe in Attika die körperliche Erziehung stand.

Es ist dann noch zu betonen, daß bei den Griechen die Pflege der Körperübungen Volkssache war, und daß man Übertreibungen, wie sie namentlich bei den Berufs-

Abb. 39.



Körperpflege in einem attischen Gymnasium.
Attische Trinkschale aus dem 5. Jahrh. v. Chr.
Zusammengesetzt nach Eduard Gerhard.

athleten beobachtet wurden, ablehnte. Von diesen sagte Plato, daß sie doch gar zu verschlafen sind, und ihre Gesundheit überdies wandelbar ist. Zu beachten ist ferner, daß bei den Athenern Denkkraft und Muskelkraft gleichzeitig geübt wurden; das Ideal war der Mann, der mit derselben Hand die „Iphigenie" schreibt und bei den olympischen Spielen sich die Siegeskrone auf das Haupt setzt. „Eins darf aber", wie Sudhoff[1]) schreibt, „bei der griechischen Volksgymnastik nicht übersehen werden, daß ihre Voraussetzung das Vorhandensein einer gewaltigen Sklavenmasse für die eigentliche Arbeit gewesen ist, der Gymnasien und Palästren verboten waren."

Auch die Römer legten auf die sportliche Betätigung in Verbindung mit der Hautpflege durch Bäder großen Wert, insbesondere von der Zeit ab, wo die starke Menschenansammlung in den Städten und die kulturellen Auswüchse dies dringend erforderten. J. P. Frank weist zum Zeichen dafür, daß die Römer Unkenntnis im Schwimmen verachteten wie Unkenntnis in den Wissenschaften, auf das gebräuchlichste Sprichwort[2]): „Neque natare, neque litteras didicit" hin. Aber auch bei den Römern hatten die zahlreichen Sklaven an diesen der Gesundheitspflege dienenden Körperübungen keinen Anteil.

Die noch heut vorhandenen Reste des Stadiums auf dem Palatin und der von Vitruv gezeichnete Entwurf eines Gymnasiums, den wir in unserer Abbildung 40 wiedergeben,

[1]) Karl Sudhoff: „Sozialhygienisches Denken und Handeln in der Vergangenheit", Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 1.

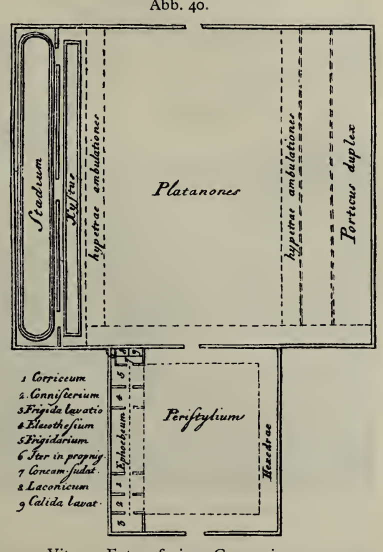
[2]) Der lateinische Satz ist dem griechischen μήτε νεῖν μήτε γράμματα nachgebildet.

zeugen von der Bedeutung, die man ehemals in Rom den Kampfspielen und Leibesübungen beilegte.

d) Die Leibesübungen in Deutschland, ihre Geschichte und unzureichende Gestaltung.

Die Entwicklung der Leibesübungen bei den Deutschen teilte Vieth 1794 in drei Abschnitte: „1. von den ältesten Zeiten, worin Deutsche bekannt werden, bis auf den Anfang der Turniere; 2. vom Anfang der Turniere bis zu ihrem Aufhören; 3. vom Aufhören der Turniere bis auf unsere Zeit.“ Bei diesem letzteren Teil, der allein für uns von Belang ist, — denn der erste Teil bestand im wesentlichen aus Krieg und Jagd, und der zweite Teil befaßte sich so wenig wie etwa unsere Offizierswettrennen mit Leibesübungen als einer Volkssache — werden wir heut wiederum drei Perioden zu unterscheiden haben, nämlich die Zeit 1. bis zu Guts Muths und Jahn, 2. von Jahn bis zur Beseitigung der allgemeinen Wehrpflicht, und 3. seit dem Frieden von Versailles.

Abb. 40.



Vitruvs Entwurf eines Gymnasiums.
Nach G N. A. Vieth.

Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts kann in Deutschland von Leibesübungen kaum gesprochen werden. Es handelte sich vielmehr nur um Unterhaltungen und Spiele: Reiten, Tanzen, Fechten, Kegeln, Schaukeln, Reifen- und Ballspiele u. a. Vieth schätzte unter ihnen, als Leibesübungen betrachtet, nur das Ballspiel höher ein. „Das Ballspiel war sehr beliebt. In vielen Städten findet man große Ballhäuser, die aber jetzt zu Wagenremisen u. dgl. gebraucht werden. In Dresden wird, wo ich nicht irre, noch zuweilen gespielt, auch ist daselbst noch ein Ballmeister.“ Unsere Abbildung 41 veranschaulicht das Ballspiel im 17. Jahrhundert.

Hervorragende Ärzte, wie Friedrich Hoffmann (1715), Meurer (1733), Maul (1739), Ziegler (1740), Haacke (1744) und vor allem J. P. Frank (1779), waren zwar mit allem Nachdruck für planmäßig betriebene Leibesübungen eingetreten, jedoch ohne hinreichenden Erfolg.

Eine größere Wirkung erzielte erst der Pädagoge Joh. Chr. Friedr. Guts Muths, der an dem Philanthropinum zu Schnepfenthal[1]) seit 1786 die Leibesübungen zu einem

[1]) Siehe Carl Salzmann: „Kurze Nachricht über die gegenwärtige Einrichtung der Unterrichts- und Erziehungsanstalt zu Schnepfenthal bey Gotha“, Schnepfenthal 1827.

vollständigen System ausbildete und als Frucht seiner Erfahrungen 1793 die „Gymnastik für die Jugend“ veröffentlichte; er wurde hierdurch der eigentliche Begründer der modernen Gymnastik und wird als „Groß- und Erzvater der deutschen Turnkunst“ bezeichnet. Sein gymnastischer Jugendunterricht wurde weithin freudig aufgenommen. Bezeichnend für die damaligen Zustände ist der Vorspruch[1]), den Guts Muths für sein Werk wählte: „Ihr lehrt sie Religion, ihr lehrt sie Bürgerpflicht; auf ihres Körpers Wohl und Bildung seht ihr nicht.“ Beachtenswert ist auch seine Begriffsdeutung: „Gymnastik ist Arbeit im Gewande jugendlicher Freude. Arbeit, weil ihr Zweck keineswegs in unedlem Zeitvertreibe zu suchen ist, sondern in Veredlung des Körpers zu sehen ist. Sie soll erscheinen im Gewande jugendlicher Freude, weil diese so recht das heitere Klima ist, in welchem die Jugend am besten gedeihet.“ Eine Ergänzung fand sein Buch durch das 1794 von G. U. A. Vieth verfaßte zweibändige Werk „Versuch einer Encyclopädie der Leibesübungen“. Aber die mißlichen politischen Zustände verhinderten Jahrzehnte hindurch die allgemeine Einführung der Leibesübungen in den Schulen.

Abb. 41.

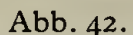
Kupferstich von Chr. Weigel (1698).

Die Bestrebungen Guts Muths wurden durch Friedrich Ludwig Jahn, den man den „deutschen Turnvater“ nennt, fortgeführt und erweitert. Als Lehrer am Gymnasium zum Grauen Kloster in Berlin begann er seine turnerische Tätigkeit; im Sommer 1810 führte er seine Schüler zum freien Spiele in den Wald hinaus, und im Frühling 1811 eröffnete er den ersten Turnplatz in der Hasenheide. Im Jahre 1816 erschien seine lang erwartete „Deutsche Turnkunst“. Jahns Ziel war, die Leibesübungen zu einer Volkssache zu machen; die Jugend sollte für den Waffendienst und zu tüchtigen Staatsbürgern erzogen werden. Unterstützt von seinen Berufsgenossen Friesen und Eiselen erzielte er zwar schöne Erfolge. Aber das kaum aufgeblühte Vereinsturnen wurde bald nach den Freiheitskriegen aus politischen Gründen unterdrückt; Jahn selbst wurde, in die Untersuchung des Sandschen Verbrechens (Ermordung Kotzebues) verwickelt, 1824 zu zwei Jahren Festung verurteilt, vom Oberlandesgericht aber völlig freigesprochen.

[1]) Diesen Vorspruch findet man bereits bei J. P. Frank 1780 („Medicin. Polizey“ Bd. II 3. Abt. 2. Abschn.).

Aus der Zeit der Turnsperre, womit das Verbot des Turnens in Deutschland von 1819 bis 1842 bezeichnet wird, hat sich, wie Gasch angibt, außer der Hamburger Turnerschaft von 1816 kein Turnverein ohne zeitweilige Auflösung erhalten. Das Turnvereinswesen gewann dann nur langsam wieder Boden. Im Jahre 1860 fand das „Erste Deutsche Turn- und Jugendfest“ zu Koburg statt, wo sich über 1000 ältere Turner, die 139 deutsche Orte vertraten, einfanden. Von da an nahm das Turnvereinswesen erheblich zu.

Welche Maßnahmen traf nun der Staat, um die für die Volksgesundheit so wichtigen Leibesübungen zu fördern? Bis zum Ende des Weltkrieges bestand bei uns die allgemeine Wehrpflicht. Aber nur etwa die Hälfte der gestellungspflichtigen Jüng-


Abb. 42.



Die Hauptgebäude der Erziehungsanstalt zu Schnepfenthal.
Kupferstich aus dem Jahre 1826.

linge wurde zum Heeresdienst eingezogen, weil dadurch schon der für die Heeresergänzung erforderliche Bedarf gedeckt war. Die nicht einberufenen Jünglinge, von denen der größte Teil auch militärtauglich gewesen wäre, waren, wenn sie eine körperliche Erziehung wünschten, auf private Tätigkeit angewiesen, da der Staat sich darum kaum kümmerte. Die Folge davon war, daß zahlreiche Männer — vom weiblichen Geschlecht ganz zu schweigen — an planmäßigen Leibesübungen sich nicht beteiligten.

Der Staat hatte seine Aufgabe auf dem Gebiete der Leibesübungen vor dem Kriege nicht hinreichend erkannt. Darum brachte er auch der körperlichen Erziehung der Schuljugend nicht die Aufmerksamkeit, die erforderlich war, entgegen. Um den Schulturnunterricht haben sich besonders A. Spieß (1810—1855) in Hessen und A. Maul (1828—1907) in Baden erfolgreich bemüht; sie haben dadurch vorbildlich auf alle Staaten eingewirkt. Der Turnunterricht wurde zunächst in den höheren Lehranstalten und in den Volksschulen derjenigen Gemeinden, die sich hierzu bereit erklärten, eingeführt, in den Mädchenschulen jedoch erst 1905. Vielfach wurde aber der Turnunterricht in den Volksschulen vernachlässigt, zumal es oft an den notwendigen Turnhallen fehlte. So kam es, daß gelegentlich der Beratungen über die Heeresvorlage 1913 dem Deutschen Reichstag

ein Antrag[1]) unterbreitet wurde, wonach in die Wehrordnung die Bestimmung aufgenommen werden sollte, daß die Regierungen für den Turnunterricht der männlichen Schuljugend zu sorgen haben. Braunschweig, Baden, Württemberg und Sachsen hatten zwar teils nur in den höheren Schulen, teils auch in den Volksschulen verbindliche Spielnachmittage eingeführt. Aber diese Maßnahmen waren damals schon unzulänglich und genügen heute erst recht nicht mehr.

Ein deutliches Bild von diesen Zuständen erhält man aus einer vom Deutschen Reichsausschuß für Leibesübungen veröffentlichten Schrift[2]), die sich auf eine im Jahre 1921 veranstaltete, 111 Orte von verschiedener Größe berücksichtigende Umfrage stützt; hier wird u. a. folgendes ausgeführt:

„Unsere Sache wird weder vom Staat, noch von den Gemeinden so unterstützt, wie es angesichts unserer Lage zu erwarten wäre. Deutschland ist mit dem Bau von Turn-, Spiel- und Schwimmstätten außerordentlich im Rückstande .... Die kleineren Ortschaften weisen zahlreichere Einrichtungen zur Pflege des Körpers auf als die größeren. Das geht deutlich hervor aus der Anzahl von Einwohnern, auf die eine Halle kommt .... Bezüglich der Schwimmbäder läßt sich in der Hauptsache sagen, daß für den Sommer nicht genügend, für den Winter aber ganz ungenügend vorgesorgt ist .... Die vorhandene Spielplatzfläche reicht bei weitem nicht aus, da auf den Kopf der Bevölkerung nur etwa ein Quadratmeter Spielplatzfläche kommt .... Von den über die Anzahl der wöchentlichen Turnstunden gemachten 233 Angaben weisen nur 97, das heißt 42%, drei Turnstunden wöchentlich auf, während 120, das heißt 51%, pro Woche nur zwei Turnstunden angeben und auf den Rest 16, das heißt 7%, die ganz unzureichende Zahl von einer Turnstunde in der Woche entfällt. Bei den höheren Schulen überwiegt die dreistündige, bei den Volksschülern die zweistündige Abhaltung der Turnstunde in jeder Woche. Besonders im argen liegt der Turnunterricht an den Fortbildungsschulen. Ebenso schlecht ist es mit dem Schwimmunterricht bestellt; denn er wird nur in zirka 25% der 111 Orte erteilt .... Der Spielnachmittag wird regelmäßig durchgeführt bei den höheren Schulen im Sommer in 65%, im Winter in 40% der Orte, bei den Volksschulen im Sommer in 46%, im Winter in 28% der Orte. Für den Wandertag sind die entsprechenden Ziffern bei den höheren Schulen im Sommer 59%, im Winter 35%, bei den Volksschulen im Sommer 57%, im Winter 32%."

Die Ergebnisse dieser Umfrage sind, wie stets bei solchen Untersuchungen, hinsichtlich der ziffernmäßigen Angaben nur mit Vorsicht zu benutzen. Aber sie dürften doch hinreichend erkennen lassen, daß die hohe Bedeutung, welche den Leibesübungen insbesondere jetzt in Deutschland zukommt, von den Staatsregierungen und den Gemeindeverwaltungen nicht genügend gewürdigt worden ist.

Erfreulich ist es dagegen, daß durch Selbsthilfe auf dem Gebiet der Leibesübungen viel Gutes geschaffen worden ist.

Im Jahre 1868 wurde die Deutsche Turnerschaft formgerecht gegründet. Sie hatte sich schon in den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkriege stark entwickelt; 1923 zählte sie, nach Angaben von Gasch[3]), in 9784 Vereinsorten 11300 Vereine mit 1193688 erwachsenen männlichen Mitgliedern, 143398 Turnerinnen, 210974 Knaben und 122865 Mädchen. Als leitende Grundsätze hat die Deutsche Turnerschaft aufgestellt: „1. Das Turnen kann nur dann seine reichen Früchte entfalten, wenn es als Mittel betrachtet wird, dem Vaterland ganze, tüchtige Männer zu erziehen; jedwede politische Parteistellung jedoch muß den Turnvereinen, als solchen, unbedingt fernbleiben; die Bildung eines klaren politischen Urteils ist Sache und Pflicht des einzelnen Turners. 2. Waffenübungen, mit Ausschluß aller Äußerlichkeiten, kann der Ausschuß nur denjenigen Vereinen empfehlen, welche dazu genügende Lehrkräfte besitzen. Der treue, regelrechte Betrieb eines Turnens, welches den Körper zu allen männlichen Leistungen befähigt, muß die Hauptsache bleiben. 3. Das Turnen kann nur dann seine völkische Bedeutung gewinnen, wenn es alle Schichten des Volkes durchdringt; daher ist

[1]) Siehe Reichstagsdrucksache 13. Legislaturperiode I. Session 1912/13 Nr. 1035 und 1063 sowie den Stenograph. Bericht der Sitzung vom 24. Juni 1913 S. 5741.

[2]) Edgar Peiser: „Tun die Gemeinden ihre Pflicht?" Umfrage 1921 des Deutschen Reichsausschusses für Leibesübungen, herausgegeben vom Generalsekretariat.

[3]) Jahrbuch der Turnkunst, 1924, herausgegeben von R. Gasch, Dresden 1924.

die Aufnahme in die Turnvereine von allen die volkstümliche Entwicklung des Turnens hindernden Bedingungen zu befreien."

Neben diesen „bürgerlichen Turnvereinen" bildeten sich jedoch anfangs der 90er Jahre Arbeiterturnvereine, die sich dann zum Arbeiter-Turn- und -Sportbund zusammenschlossen. Abgesehen davon, daß sie auf dem Boden der sozialistischen Weltanschauung stehen, verfolgen sie im wesentlichen die gleichen Ziele wie die Deutsche Turnerschaft. Aus kleinen Anfängen sich entwickelnd, zählt dieser Bund[1]) jetzt 6399 Vereine; diesen gehören, nach dem neuesten Geschäftsbericht, 518457 erwachsene Mitglieder, 131709 Jugendliche im Alter von 14 bis 17 Jahren, ferner 104975 Knaben und 72537 Mädchen an.

Es gibt naturgemäß für die zahlreichen Sportarten jeweils viele und große Vereine und Verbände, die alle segensreich wirken, aber im einzelnen hier nicht angeführt werden können.

Abb. 43.



Aufmarsch zu den Freiübungen der Deutschen Turnerschaft bei den Deutschen Kampfspielen im Stadion zu Berlin.

Hingewiesen sei jedoch noch auf den Zentralausschuß für Volks- und Jugendspiele, den von Schenkendorff, angeregt durch einen Erlaß des Ministers von Goßler, 1881 gegründet hat. Dieser Zentralausschuß[2]), der sich im Gegensatz zu den Turnern besonders dem Spiel im Freien widmete, erhielt von etwa 350 Gemeinden sowie aus Staatsmitteln Beiträge und entfaltete eine sehr fruchtbare Tätigkeit. Er hatte besondere Unterausschüsse für Jugend-Volksfeste, für die deutschen Hochschulen, für Fortbildungs- und Fachschulen, für Förderung der Wehrkraft durch Erziehung, für die Landjugend, für das Wandern, für winterliche Leibesübungen, für Ertüchtigung des weiblichen Geschlechts. Unermüdlich hat er auf die Verwaltungen einzuwirken gesucht, damit diese für Gelegenheit zum Spielen im Freien, zum Baden, zum Eislauf usw. Sorge tragen. Im März 1922 hat jedoch der Zentralausschuß für Volks- und Jugendspiele beschlossen, im Deutschen Reichsausschuß für Leibesübungen, dem er schon als Mitglied angehörte, aufzugehen.

[1]) Siehe „Geschäftsbericht des Arbeiter-Turn- und Sportbundes über die Jahre 1921/23", Leipigz 1924.

[2]) Siehe „Jahrbücher für Volks- und Jugendspiele", 30 Jahrgänge, 1891—1921, Leipzig.

Die umfassendste Organisation stellt der Deutsche Reichsausschuß für Leibesübungen, der seinen Sitz in Berlin hat, dar. Er ist hervorgegangen aus dem Deutschen Reichsausschuß für Olympische Spiele, der 1904 mit der Aufgabe der Veranstaltung nationaler Kampfspiele als Vorbereitung für die Internationalen Olympischen Spiele gegründet wurde. Im Grunewald bei Berlin wurde 1913 das Deutsche Stadion, eine Kampfbahn mit 30000 Zuschauerplätzen (auf der 1916 die Internationalen Olympischen Spiele veranstaltet werden sollten), geschaffen. Unsere Abbildung 43 gewährt eine Vorstellung von dieser hervorragenden Anstalt. Die Namensänderung des Deutschen Reichsausschusses fand 1917 statt. Der Reichsausschuß ist ein freier Bund aller selbständigen deutschen Verbände für Leibesübungen, die sich ihm anschließen; er will die Leibesübungen im deutschen Volke ausbreiten und vertiefen; Parteipolitik schließt er aus. Behörden aller deutschen Länder sucht er zur Mitarbeit zu gewinnen und stellt ihnen andererseits seine Mitarbeit zur Verfügung. Er will Einrichtungen zur Pflege und Förderung der Leibesübungen (Spielplätze, Übungs- und Kampfstätten, Lehrgänge, Fachschulen für Leibesübungen, regelmäßig wiederkehrende Kampfspiele usw.) schaffen und die wissenschaftliche Erforschung der Leibesübungen fördern. Zur örtlichen Durchführung dieser Aufgaben begünstigt er die Bildung von Orts- und Landesverbänden für Leibesübungen. Dem Reichsausschuß sind bereits zahlreiche Verbände, die sich den einzelnen Sportarten (Athletik, Eislauf, Fechten, Fußball, Rudern, Schwimmen, Skilauf, Tennisspiel usw.) widmen, beigetreten; auch die Deutsche Turnerschaft gehört ihm als Mitglied an, ferner der deutsche akademische Bund für Leibesübungen, der deutsche Turnlehrerverein, der deutsche Ärztevereinsbund u. a. m.

Besonders auf das Betreiben des Reichsausschusses, und namentlich seines Generalsekretärs Diem sowie des um die Forschung verdienten Berliner Arztes Mallwitz, wurde nach langjährigen Vorarbeiten im Mai 1920 zu Berlin die Deutsche Hochschule für Leibesübungen eröffnet.

Ausschlaggebend für den Entschluß, eine solche Anstalt zu schaffen, war neben der Erkenntnis von der sachlichen Notwendigkeit die Zustimmung der dem Reichsausschuß angeschlossenen Verbände und die bereitwillige Unterstützung der Berliner Universität; von großer Bedeutung war auch die Beteiligung des Arbeiter-Turn- und -Sportbundes. In der Hochschule sollen wichtige Fragen wie Art und Maß körperlicher Übung nach Lebensalter, Geschlecht, Beruf, Einfluß körperlicher Übung auf die geistige Entwicklung, wirkungsvollste Übungen zum Ausgleich der Berufsschäden, Grenzen der Leistungsfähigkeit usw. bearbeitet werden. Neben der Forschungsarbeit hat die Hochschule die Aufgabe, als Bildungsanstalt und Lehrinstitut zu wirken, da sich der Mangel an guten, umfassend ausgebildeten Sportlehrern überall fühlbar macht. Für die Vereine ist es beinahe zur Lebensfrage geworden, tüchtige Lehrkräfte zu besitzen. Wie der Rektor der neuen Hochschule, der Berliner Chirurg Bier, bei der Eröffnungsfeier sagte, ist es ihre Hauptaufgabe, „die Bedeutung der Leibesübungen für die körperliche, geistige und sittliche Erziehung des Volkes mit Wort und Tat zu verbreiten und in weiteste Kreise dringen zu lassen und dafür zu sorgen, daß der körperlichen Erziehung neben der geistigen der gebührende Platz eingeräumt wird, wie das unsere Lehrmeister, die alten Griechen, richtig erkannt und zum größten Nutzen für die Entwicklung und Vervollkommnung ihrer Staatsbürger durchgeführt haben". Das Studium an der Hochschule ist auf sechs Semester bemessen. Studiengegenstände sind: Übungslehre, Gesundheitslehre, Erziehungslehre und Verwaltungslehre. Die Hochschule zählte im Sommersemester 1921 228 Studierende, darunter 11 Damen, im Wintersemester 1921/22 137 Studierende, darunter 14 Damen. Aus allen deutschen Staaten kamen Studierende, und auch eine Reihe von Ausländern besuchte die Hochschule.

e) Forderungen an den Staat und die Gemeinden.

Seit langer Zeit werden von Staat und Gemeinden Maßnahmen zum Ausbau der Leibesübungen gefordert. Schon der Heidelberger Sozialhygieniker F. A. Mai hat in

seinem im Jahre 1800 verfaßten Entwurf einer vollständigen Hygienegesetzgebung vortreffliche Anordnungen, die der körperlichen Ertüchtigung dienen sollten, getroffen. Er verlangte, „daß bei der hygienischen Erziehung der Nationaljugend alle jene gymnastischen Spiele unter der Aufsicht ihrer Lehrer oder Eltern wiederhergestellt werden, die weder den sittlichen Anstand beleidigen, noch die Gesundheit beschädigen können. Diesen Zweck zu erreichen sollen a) die lernenden Knaben wöchentlich zweimal unter den Augen ihrer Lehrer sich im Billard-, Ball- und Ballonspiel, im Wettlaufen und Ringstechen, auf künstlichen Reitschulen, im Gaunschen[1]) und Kegelspielen 2—3 Stunden lang üben. b) Die Jünglinge von 12 bis 18 und 20 Jahren sollen hauptsächlich im Früh- und Spätjahr von einem besoldeten militärischen Exerzitienmeister im Marschieren und in der Waffenübung, im Fechten und Tanzen 6 Wochen lang unentgeltlich ausgebildet werden. c) Die weibliche Jugend in den Städten, wo sie nicht im Feld arbeitet, soll ebenfalls zur Abhärtung ihrer Gesundheit im Billard- und Federballspielen, im Gaunschen und Tanzen unter der Aufsicht einer ihrer Lehrerinnen unterrichtet und geübt werden".

Es kann nicht in Abrede gestellt werden, daß im 19. und 20. Jahrhundert mancherlei seitens der Staaten und Gemeinden zur Förderung der körperlichen Erziehung geleistet wurde. Es sei z. B. an die Einrichtung der Turnlehrerbildungsanstalten (1850 in Dresden, 1862 in Stuttgart, 1869 in Karlsruhe) und den Bau von Turnhallen in vielen Schulen erinnert. Aber die umfassenden Vorschläge Mais wurden nicht verwirklicht; ja, sie gerieten, wie überhaupt sein ganzer Gesetzentwurf, in völlige Vergessenheit. So kam es, daß ganz ähnliche Forderungen über hundert Jahre später wieder neuerdacht werden mußten. Hier ist außer den schon vor dem Weltkrieg vom Zentralausschuß für Volks- und Jugendspiele, zumeist leider vergebens, veröffentlichten Schriften vor allem die 1918 bekanntgegebene Denkschrift[2]) der Deutschen Turnerschaft hervorzuheben. In dieser Denkschrift, welche die Überschrift „Militärische Vorbereitung der Jugend und Reichsjugendwehrgesetz" trägt, werden u. a. folgende gesetzliche Bestimmungen verlangt:

„Jeder junge Deutsche ist verpflichtet, zwischen Schulzeit und Heeresdienst sich körperlich weiterzubilden. Die militärische Vorbereitung der Jugend ist eine öffentliche Angelegenheit. Daher ist der Jugend die erforderliche Zeit gesetzlich zu sichern, ebenso sind Übungsgelegenheiten und Lehrkräfte aus öffentlichen Mitteln zu beschaffen und zu erhalten. Jeder Jüngling genügt seiner Ausbildungspflicht, wenn er freiwillig regelmäßig an den Übungen eines Vereins für Leibesübungen teilnimmt. Für höhere Schulen, Seminare u. dgl. verbleibt Anordnung und Beaufsichtigung der Turnübungen den betreffenden Schulleitern. Die Fortbildungsschule ist dafür verantwortlich, daß ihre Schüler der körperlichen Ausbildungspflicht nachkommen .... Der Landsturmpflichtige hat die Ehrenpflicht, durch geeignete Übungen, besonders Leibesübungen, seine Wehrfähigkeit zu steigern .... Das Kriegsministerium setzt nach Anhörung Sachverständiger Mindestleistungen fest, die alle Landsturmpflichtigen mit 18, 19 Jahren und beim Diensteintritt erreichen sollen .... Für alle Schulen des Landes sind ausreichende Plätze und Turnhallen zu beschaffen. In allen Schulen sind wöchentlich drei Turnstunden und ein verbindlicher Spielnachmittag einzuführen. Zu längerer Befreiung vom Turnunterricht ist in der Regel ein amtsärztliches Zeugnis nötig. Die Turnnote zählt bei der Rangordnung und Versetzung mit und dient bei den Schluß- und Abgangsprüfungen der mittleren und höheren Schulen mit als Ausgleich."

Hinsichtlich des Spielnachmittags sei hier auf eine Mahnung des um die Förderung auch der Leibesübungen sehr verdienten Mannheimer Stadtschulrats Sickinger hingewiesen. Er betonte 1919 folgendes:

„Freilich, damit der für Freiluftübungen (Spiel, volkstümliche Übungen, Wandern usw.) bestimmte Nachmittag nicht bloß für die Glieder, sondern auch für das Gemütsleben der Kinder seine

[1]) Gaunschen = Schaukeln.

[2]) Siehe „Deutsche Turnerzeitung" vom 14. Februar 1918.

befreiende Wirkung hemmungslos entfalten kann, sind die Hausaufgaben für den folgenden Tag nicht, wie es in dem Ministerialerlaß vom 16. April 1919 heißt, ‚tunlichst‘ zu beschränken, sondern sie sind völlig zu erlassen, so wie es angeordnet ist, wenn der Nachmittag zu einer Wanderung benutzt worden ist.“

An dieser Stelle seien auch einige ärztliche Ratschläge erwähnt. Es wurde von dem Kinderarzt Langstein[1]) betont, daß körperliche Übung ebenso sorgfältig zu bemessen ist, wie Arznei, und das es Sache des Arztes ist, hierin die nötigen Anweisungen zu geben. Vom gesundheitlichen Standpunkte aus hält Grotjahn[2]) es für „dringend wünschenswert, daß die Pflege der Leibesübungen sich anders orientiert, als der Überlieferung der herkömmlichen Turnerei entspricht“. Und der frühere Schularzt Thiele wirft 1919 im Anschluß hieran die Frage auf, ob nicht das Turnen in der Schule den Kindern die Freude an den Leibesübungen nehmen könnte, da man die Erfahrung gemacht habe, daß die Kinder nicht mehr frei im Hause singen, seitdem sie es in der Schule müssen, und nicht mehr freiwillig handwerkern, seitdem sie es planmäßig im Unterricht betreiben.

Mannigfaltig waren die Vorschläge, welche der Königsberger Hygieniker Selter der 1919 veranstalteten Tagung[3]) des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege unterbreitete. Auch er betonte, daß der jetzige Umfang der Leibesübungen in der Schule nicht genügt; er verlangte 3 Turnstunden in der Woche und außer täglichem Zehnminutenturnen einen verbindlichen Spielnachmittag und monatlich einen Wandertag. Für die Ferien ist eine Organisation zu schaffen, die allen Kindern einen längeren Aufenthalt im Freien ermöglicht. Auch in Fortbildungs- und Fachschulen sind Leibesübungen verbindlich zu machen und für die körperliche Übung der weiblichen Jugend ist ebenfalls zu sorgen. In allen größeren Städten sind hauptamtliche Stellen zur Pflege der Leibesübungen in Schule und Volk zu bilden. Die Städte haben die Pflicht, für Kleinkinderspielplätze, Kindergärten, Turnhallen, Spielplätze für ältere Kinder und Erwachsene, Luftbäder, Brauseanstalten zu sorgen. Auch in ländlichen Gemeinden sind ähnliche Einrichtungen zu treffen. Sämtliche Lehrer sind auf den Wert der Leibesübungen hinzuweisen.

Besonders hervorzuheben ist der Entwurf eines Spielplatz-Gesetzes, den der deutsche Reichsausschuß für Leibesübungen gemeinsam mit dem Arbeiter-Turn- und -Sportbund am 5. Januar 1920 veröffentlichte. Hier wird folgendes verlangt:

„Der Reichskanzler wird ermächtigt, auf die Dauer von 30 Jahren Gemeinden und Kommunalverbänden bis zu einem Betrage von jährlich 10 Millionen Mark aus Reichsmitteln Zuschüsse zu gewähren zur Anlage und Einrichtung von Turn-, Spiel- und Sportplätzen für die schul- und fortbildungsschulpflichtige Jugend und die Leibesübungen treibenden Vereine. Die gewährten Mittel sollen in der Regel 20% der Anlagekosten ... nicht überschreiten. Sie werden nur unter der Voraussetzung gewährt, daß die Landesregierungen und die Gemeinden sich mit jährlichen Beihilfen von mindestens gleicher Höhe beteiligen. Die Gewährung des Reichszuschusses kann ... von der Erfüllung besonderer Bedingungen abhängig gemacht werden; im besonderen kann der Nachweis verlangt werden, daß die Ortsbehörden angehalten sind, auf den Kopf der Bevölkerung mindestens 3 qm nutzbare Spielfläche.... anzulegen.“

Die am weitesten gehenden Forderungen stellt der Freiburger Hygieniker Nißle in einer 1922 veröffentlichten Schrift. Nach seiner Ansicht dürfte ohne Zuhilfenahme eines

[1]) L. Langstein: „Gesunde Kinder in den Spiel-, Schul- und Entwicklungsjahren“, Bd. 22 von Max Hesses Bücherei d. modernen Wissens, Leipzig 1914, S. 89.

[2]) A. Grotjahn: „Die hygienische Forderung“ S. 119, Königstein i. T. 1917.

[3]) Bericht über die 40. Versammlung d. Deutschen Vereins f. öffentl. Gesundheitspflege, Braunschweig 1921.

Zwangs eine das ganze Volk umfassende Organisation der körperlichen Erziehung nicht durchführbar sein. Ärztliche Untersuchungen sollen die dauernd oder zeitlich Turnuntauglichen absondern. „Ein allgemeiner Turnzwang wäre auch das beste Mittel, die Mißstände, die sich aus dem Wettbewerb der vielen Turn- und Sportvereine entwickelt haben, einschließlich ihrer Benutzung für parteipolitische Zwecke, zu beseitigen. Bevölkerungspolitisch wäre die Aufgabe unvollkommen gelöst, wenn nicht auch die unverheirateten Frauen bis zum Abschluß der Wachstumsperiode, also etwa bis zum 24. Lebensjahr, in geeigneter Weise zu regelmäßigen Leibesübungen angehalten würden . . . Aber auch die bestmögliche und umfassendste Organisation der Leibesübungen wird es nie beanspruchen dürfen, einen Ersatz für das in mindestens zweijährigem Heeresdienst Erreichte darzustellen." Nißle betont, daß man das Ziel der allgemeinen körperlichen Ertüchtigung wirksamer und leichter erreichen würde, wenn größere Teile der Bevölkerung, als bisher geschehen, sich landwirtschaftlichen Berufen zuwenden würden. Derartige körperliche Beschäftigung hat den Vorzug, daß sie fast täglich ausgiebig wiederholt wird, Überanstrengung fast stets vermeidet und nicht, wie beim Sport oder bei der Fabrikarbeit, auf bestimmte Muskelgruppen beschränkt wird. Da aber die landwirtschaftliche Arbeit die Gelenkigkeit und schnelle Entschlußfähigkeit nicht zu entwickeln vermag, soll sie durch Turnen, Spielen und geeigneten Sport ergänzt werden.

Literatur: *1.* ***C. Diem:*** *a) „Sport", Bd. 551 von „Natur und Geisteswelt", Leipzig 1920; b) „Die Deutsche Hochschule für Leibesübungen, Berlin 1924. — 2.* ***J. P. Frank:*** *„System einer vollständigen medicinischen Polizey" Bd. II, Mannheim 1780. — 3.* ***Ad. Furtwängler:*** *siehe Fußnote 1 S. 22. — 4.* ***R. Gasch:*** *„Handbuch des gesamten Turnwesens und der verwandten Leibesübungen", Wien 1920. — 5.* ***P. Godin:*** *„Du rôle de l'anthropometrie en education physique", Bull. Soc. anthrop. Sér. 6 (1901). — 6.* ***J. C. F. Guts Muths:*** *„Gymnastik für die Jugend, enthaltend eine praktische Anweisung zu Leibesübungen", Schnepfenthal 1793. — 7.* ***H. Herxheimer:*** *„Wirkungen von Turnen und Sport auf die Körperbildung erwachsener junger Männer", Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 15. — 8.* ***F. Hüppe:*** *„Hygiene d. Körperübungen", 2. Aufl., Leipzig 1922. — 9.* ***Fr. L. Jahn*** *und* ***E. Eiselen:*** *„Die deutsche Turnkunst zur Errichtung der Turnplätze", Reclams Universalbibliothek Nr. 4713/14. — 10.* ***F. A. Mai:*** *siehe die Fußnoten 1 u. 2 S. 33. — 11.* ***Mallwitz:*** *„Jugendpflege durch Leibesübungen (Turnen, Sport, Wandern) vom fachärztlichen Standpunkt", Veröffentl. a. d. Gebiet d. Medizinalverwalt. Heft 100, Berlin 1920. — 12.* ***E. Mathias:*** *„Der Einfluß der Leibesübungen auf das Körperwachstum", Zürich 1916. — 13.* ***Neumann:*** *„Was muß an die Stelle der bisherigen hygienischen Erziehung während des Militärdienstes treten?" Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 2. — 14.* ***A. Nißle:*** *„Richtlinien und Vorschläge für einen Neuaufbau der Kräfte und Leistungen unseres Volkes", Freiburg 1922. — 15.* ***H. Röder*** *und* ***E. Wienecke:*** *„Einfluß sechstägiger Wandertouren", 2. Aufl., Berlin 1920. — 16.* ***H. Rühl:*** *„Entwicklungsgeschichte des Turnens", 5. Aufl., Leipzig 1912. — 17.* ***F. A. Schmidt:*** *a) „Unser Körper, Handbuch der Anatomie, Physiologie und Hygiene der Leibesübungen", 5. Aufl., Leipzig 1920; b) „Körperpflege durch Baden und Leibesübungen", Abhandl. in H. Selters „Grundriß d. Hygiene", Dresden 1920; c) „Leibesübungen und Geistesbildung", Nr. 5 von „Gesundheit und Kraft", Göttingen 1920. — 18.* ***A. Sickinger:*** *„Körperzucht in der neudeutschen Schulerziehung durch Turnen, Spiel und Sport", Karlsruhe 1919. — 19.* ***A. Thiele:*** *„Die neue Erziehung, Werden und Wesen der Leibesübungen", Leipzig 1919. — 20.* ***G. U. A. Vieth:*** *„Versuch einer Encyclopädie der Leibesübungen", Berlin 1794. — 21.* ***R. Zander:*** *„Die Leibesübungen", 4. Aufl., Bd. 13 von „Aus Natur und Geisteswelt", Leipzig 1918. — 22.* ***Zuntz*** *und* ***Löwy:*** *„Lehrbuch der Physiologie des Menschen", 2. Aufl., Leipzig 1913.*

9. Fortpflanzung (Rassehygiene).

a) Begriff und Aufgaben.

Wie die Bedürfnisse nach Nahrung, Wohnung, Kleidung, Hautpflege, Erholung und Leibesübungen, so muß auch der Geschlechtstrieb vom sozialhygienischen Standpunkt aus erörtert werden.

Die geschlechtliche Betätigung kann mittelbar oder unmittelbar zu Krankheiten führen, insbesondere bei anstrengend arbeitenden Frauen, wenn sie schwanger werden, oder bei beiden Geschlechtern, wenn, wie so oft beim außerehelichen Verkehr, Ansteckungen erfolgen. Aber die Krankheiten, von welchen die den Geschlechtsverkehr Ausübenden selbst betroffen werden können, sollen erst in den Abschnitten „Mütter" sowie „Geschlechtskrankheiten" erörtert werden. Hier befassen wir uns nur mit den Folgen des Geschlechtsverkehrs, soweit sie in den von den Vorfahren auf die Nachkommenschaft durch Vererbung übergehenden Eigenheiten in die Erscheinung treten.

Die Wissenschaft, die sich diesen Fragen widmet, ist erst 3—4 Jahrzehnte alt. Da ist es nicht verwunderlich, daß sich hier bei den Forschern noch viele Meinungsverschiedenheiten selbst über die wichtigsten Fragen finden. Schon der Name dieser neuen Wissenschaft ist umstritten. Das Wort „Rassehygiene" besagt deutlich, daß unter Rasse hier die biologische Rasse, d. h. eine Generationenfolge von gewissermaßen endloser Dauer, nicht die Systemrasse im anthropologischen[1]) Sinne zu verstehen ist. Der oft angewandte Ausdruck „Rassenhygiene" verleitet dagegen leicht zu der Ansicht, daß es sich auch um den Schutz einer (als höher angesehenen) Rasse gegenüber den tiefer stehenden Rassen handelt. Von diesen dem Rassedünkel dienenden Bestrebungen muß sich die Wissenschaft frei halten. Man hat vorgeschlagen, statt „Rassehygiene" die Bezeichnung „Fortpflanzungshygiene", „Idiohygiene" oder „Nachkommenschutz" zu wählen; damit wäre klar ausgedrückt, daß nichts anderes als eine gesunde Nachkommenschaft, welche die Vorfahren körperlich und geistig möglichst noch übertrifft, erzielt werden soll. Indessen, der Name „Rassehygiene" hat bereits eine so starke Verbreitung gefunden, daß man hierauf nicht mehr verzichten kann.

Schallmayer[2]), einer der Begründer der Rassehygiene in Deutschland, versteht unter dieser Bezeichnung den Teil der Hygiene, der sich mit den Erbanlagen beschäftigt, im Gegensatz zur Personenhygiene, welche sich mit dem zur ontogenetischen Entwicklung gelangten Leben befaßt. Aufgabe der Rassehygiene, für die man auch die Bezeichnung Eugenik[3]) (εὐγένεια = Wohlgeborenheit, edle Abkunft) oder Hygiene des Genotypus (Erbbild) benutzt, ist die Fürsorge für eine gedeiliche Stammesentwicklung, wobei das Augenmerk auf die Gesunderhaltung bezw., wenn möglich, auf die Höherentwicklung eben nur der Erbmasse gerichtet wird, während sich die Personenhygiene, die man auch Euthenik (εὐθενέω = ich befinde mich in guten Umständen) oder Hygiene des Phaenotypus (Erscheinungsbild) nennt, den jeweils vorhandenen Generationen widmet.

H. W. Siemens hat 1917 vorgeschlagen, statt von Genotypus von Idiotypus zu sprechen. Gegenüber diesem Ausdruck für die einem Lebewesen zugrunde liegenden Erbanlagen bezeichnet er mit Paratypus alle nichterblichen, aus der Umwelt stammenden Eigenschaften. Idiotypus und Paratypus zusammen stellen dann den Phaenotypus dar. Lenz, der diese, wie ich meine, zweckdienlichen Wortbildungen benutzt, weist darauf hin, daß sich alle hygienische, auch die rassehygienische Fürsorge naturgemäß nur auf den Phaenotypus beziehen kann, und fährt dann fort: „Aber eine Hygiene, welche nicht

[1]) Lenz meint, daß die Begriffe „biologische Rasse" und „Systemrasse" gar nicht so verschieden sind, und daß „die Rassenhygiene auch die Unterschiede der anthropologischen Rassen in ihre Forschungen einbeziehen muß". Soweit diese Ausdehnung für die wissenschaftliche Erkenntnis von Nutzen sein kann, ist sie unzweifelhaft zu begrüßen. Nur muß betont werden, daß naheliegende Abschweifungen in das parteipolitische Gebiet mit unserer Wissenschaft nichts gemein haben.

[2]) Siehe den Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" S. 39.

[3]) Der Name stammt von Galton (siehe oben S. 38).

Rassenhygiene ist, kommt praktisch nur dem Paratypus zugute; und wenn wir wirklich einen möglichst guten Phaenotypus der Bevölkerung herbeiführen wollen, so kann uns das nicht ohne eine besondere Hygiene des Idiotypus gelingen."

Die Bestrebungen, die sich auf eine gesunde Nachkommenschaft beziehen, haben an sich noch nichts gemein mit dem Ziel, möglichst zahlreiche Geburten zu erhalten. Schallmayer unterschied daher zwischen quantitativer Bevölkerungspolitik, zu der er die Mehrung der Geburten rechnete, und qualitativer Bevölkerungspolitik, deren einer Teil die Rassehygiene ist. Aber diese Einteilung ist nicht als ganz zweckmäßig erachtet worden; wohl alle anderen Forscher verstehen unter Rassehygiene die Bestrebungen, die sowohl auf eine gesunde, wie auf eine zahlreiche Nachkommenschaft gerichtet sind.

Die Rassehygiene unterscheidet sich mithin, wie wir schon oben (S. 4) dargelegt haben, durch ihre Fragestellung von den anderen Teilen der Gesundheitswissenschaft. Ferner ist zu betonen, daß die Rassehygiene, ebenso wie die Leibesübungen, sich nicht auf die Krankheitsverhütung beschränken will, sondern in positivem, aufbauendem Sinne vorzugsweise eine Ertüchtigung in körperlicher und geistiger Hinsicht zu erreichen sucht.

b) Die wissenschaftlichen Grundlagen der Rassehygiene.

Da die ererbten Eigenschaften eines Individuums nicht geändert werden können, so haben die Hygieniker offenbar lange Zeit es als unlohnend erachtet, die erblichen Veranlagungen gebührend zu erforschen. Nur Disposition und Immunität gegenüber Toxinen wurden hinsichtlich ihrer Übertragung auf die Nachkommenschaft von den Bakteriologen[1]) untersucht; die sonstigen Fragen der Vererbung waren bis vor wenigen Jahren fast ganz unbeachtet geblieben.

Inzwischen ist man aber zu der Ansicht gelangt, daß, wenn auch die erbliche Veranlagung des Einzelwesens durch hygienische Maßnahmen nicht umgestaltet werden kann, dennoch die vererbbaren Eigenschaften einer großen Volksschicht oder der ganzen Bevölkerung bei geeigneter Fürsorge günstig beeinflußt werden könnten. Dafür sind naturgemäß gründliche Forschungen erforderlich.

Auf der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1910 legte Plötz[2]), ebenfalls einer der Begründer der Rassehygiene, dar, daß diese Wissenschaft noch ein kleines Kind ist, aber wachsen wird. Hieran erinnerte Kuhn auf der Tagung

---

[1]) E. Behring hat sich in seiner „Allg. Therapie d. Infektionskrankheiten" (Wien 1899) auch mit der Vererbung der Immunität befaßt, wobei er eine beachtenswerte Stelle aus dem im Jahre 60 n. Chr von Lucanus geschriebenen Buch „De bello civili" erwähnt. Lucanus berichtet, daß die Psyller eine vererbbare Immunität gegenüber Schlangengiften besitzen; die Immunität bei der Nachkommenschaft wurde jedoch nur beobachtet, wenn beide Eltern dem Stamme der Psyller angehörten. Diese Vererbungseigentümlichkeit galt als so sicher, daß bei einem Zweifel, ob das Kind einen einheimischen oder fremden Mann zum Vater hatte, der Ausgang eines Impfversuchs entschied. — Paul Ehrlich hat im Jahre 1891 gezeigt, daß die bei Mäusen künstlich erzeugte Ricin-Immunität durch die Mutter, aber nicht durch den Vater auf die Nachkommenschaft übertragen wird; das gleiche wurde von Krieger bei der Tetanus-, von Wernicke bei der Diphtherie-Immunität nachgewiesen. (Siehe C. Günther: „Einführung in das Studium der Bakteriologie", Leipzig 1898.) Hierbei handelt es sich allerdings nicht um eine Vererbung im strengen Sinne; immerhin ersieht man, daß die Bakteriologen sich diesen Vererbungsfragen gewidmet haben. Von wie unhaltbaren Begriffen auf dem Gebiete der Entartungsfrage noch im Jahre 1903 manche Hygieneprofessoren ausgingen, hat W. Schallmayer 1906 (siehe Literatur S. 218 Ziffer 18 b) dargelegt.

[2]) A. Plötz: „Ziele und Aufgaben der Rassehygiene", Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1911 S. 164 ff.

desselben Vereins[1]) im Jahre 1921 und fügte hinzu: „Das kleine Kind von Plötz ist jetzt ein Mädel geworden, das in die Schule geht, gefragt wird und Antwort gibt.“ Wir wollen nun in Kürze die wichtigsten Lehren der Rassehygiene hier anführen, und es wird sich dann zeigen, in welchem Umfange das Urteil von Kuhn zutrifft.

α) Vererbungsgesetze.

Die Rassehygiene sucht eine Grundlage für ihr Handeln in den allgemeinen Vererbungsgesetzen. Sie knüpft daher insbesondere an die Ergebnisse der bahnbrechenden Untersuchungen, die der Augustinerabt Mendel[2]) im Jahre 1865 veröffentlichte, an. So wertvoll diese und andere an Pflanzen und Tieren ausgeführten Kreuzungsexperimente für die Vererbungswissenschaft sind, einen Wegweiser für die menschliche Fortpflanzungshygiene haben sie bis jetzt noch nicht geboten.

Baur betont, daß die in Rede stehenden Vererbungsgesetze für alle daraufhin untersuchten Organismen gelten, und daß auch der Mensch hierbei keine Ausnahme machen dürfte, fügt jedoch hinzu, daß es ein nur einigermaßen sicheres Beobachtungsmaterial hierüber für den Menschen nicht gibt. Öttinger behauptet sogar, daß eine Stütze für die grundsätzliche, dauernde Ausschaltung eines Menschen von der Fortpflanzung in der Vererbungslehre nicht gegeben sei. Schallmayer legte dar, daß die von ihm als genial bezeichneten Untersuchungen Mendels mindestens einstweilen von geringerem Belang sind als andere Vererbungsprobleme. Grotjahn schließlich führt hierüber folgendes aus: „Aus der biologischen Erblichkeitsforschung, die insbesondere mit der Wiederentdeckung der Mendelschen Kreuzungsregeln außerordentliche Fortschritte gemacht hat und weitere in naher Zukunft erwarten läßt, haben sich leider bis jetzt noch keine klaren, eindeutigen und einfachen Regeln für eine Diät der Fortpflanzung gewinnen lassen. Zweifellos wird die Zukunft uns von dieser Seite her einmal eine exakte biologische Unterlage für die Erkenntnis des Wesens der Entartung bringen, namentlich soweit unerwünschte Kreuzungen in Frage kommen. Solange das jedoch noch nicht der Fall ist, sind wir auf statistische und medizinische Ermittlungen einiger komplexer Erscheinungsformen der Entartung angewiesen.“

Aber wenn wir auch aus den Kreuzungsexperimenten keine Regeln für die Fortpflanzungshygiene des Menschen gewonnen haben, so gibt es dennoch Vererbungsgesetze, die zu kennen für die praktische Rassehygiene von hohem Wert ist. Hier ist vor allem das Verhältnis zwischen den Erbanlagen und den Einflüssen der Umwelt zu erwähnen.

---

[1]) Ph. Kuhn: „Die Zukunft unserer Rasse“, Bericht über die 42. Versamml. des Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspfl. 1921, Braunschweig 1922, S. 53 ff.

[2]) Gregor Mendels Schrift „Versuche über Pflanzenhybriden“ erschien in den Verhandl. d. Naturforschenden Vereins in Brünn 1865 und wurde in W. Ostwalds „Klassiker der exakten Naturwissenschaften“ Nr. 121, Leipzig 1901, neu herausgegeben. — Das große Verdienst von Mendel besteht darin, daß er die schwierigen Vererbungsfragen an einem geeigneten Beobachtungsstoffe zu erforschen suchte. Er kreuzte u. a. rot- und weißblühende Erbsen. Die Nachkommen (Bastarde, Hybriden) aus dieser Kreuzung blühten alle stets rot. In der ersten Bastardgeneration kommt also nur das dominierende Merkmal Rot zum Vorschein, während die weiße Blütenfarbe verschwindet, oder, wie man sich ausdrückt, rezessiv ist. Bei einer bestimmten Anzahl der Nachkommen von diesen Bastarden aber, die in ihrer Erbmasse die weiße Farbe bergen, auch wenn sie der Phaenotyp nicht zeigt, findet man wieder die weiße Farbe. Der Bastard erzeugt nicht lauter Keimzellen mit der Merkmalsanlage rot, wie die reinrassige rotblühende Elternpflanze, auch nicht solche mit der Kombination Rotweiß, wie man vielleicht vermuten könnte. Diese Kombination wird bei der Keimzellenbildung wieder gespalten, so daß von je 100 Keimzellen 50 die Anlage rot und 50 die Anlage weiß erhalten. Aus diesen und anderen Kreuzungsvorgängen, die man dem Entdecker zu Ehren „Mendeln“ nennt, hat man Aufschluß insbesondere darüber erhalten, warum in manchen Familien eine besondere Eigenschaft, die bei früheren Generationen beobachtet wurde, dann aber bei mehreren Geschlechtern fehlte, schließlich wieder in die Erscheinung trat. (Siehe auch W. Bateson: „Mendels Vererbungstheorien“, aus dem Englischen übersetzt von Alma Winkler, Leipzig 1914; ferner E. Breslau: „Pater Gregor Mendel, zu seinem 100. Geburtstage“, Frankf. Zeit. vom 22. VII. 1922.)

Man wird leicht geneigt sein anzunehmen, daß namentlich die Unterernährung den Keimstoff schädigt. Aber es ist festgestellt worden, daß das Hungern, so beklagenswert es ist, zu einer Rasseverschlechterung nicht geführt hat. Auch sonst ist, nach Schallmayer, von einer Vererbung der Umweltwirkungen keine Spur wahrzunehmen.

Dies Problem hängt nun allerdings mit der noch viel umstrittenen Frage der Vererbung erworbener Eigenschaften zusammen. Hierauf können wir an dieser Stelle unmöglich eingehen. Aber erwähnt sei, daß nach O. Hertwig[1]), statt hierüber zu streiten, die Frage nach der Vererbung erworbener Anlagen zu stellen ist. Und Prinzing[2]) betont, daß, wer an eine Höherentwicklung im biologischen Sinn glaubt, ohne diese Annahme nicht auskommen kann.

Vom sozialhygienischen Standpunkte aus wird man gewiß möglichst günstige soziale Zustände anstreben; aber man muß sich bewußt sein, daß die beste Nahrung und die trefflichste Erziehung versagen, wenn die Erbanlagen ungünstig sind. Wie die aufstrebenden Handwerker, so müssen auch die Hygieniker auf Reinheit und Veredlung des Stoffes bedacht sein. An Schunderzeugnissen in Menschengestalt kann hinterher durch sozialhygienische Fürsorge nichts mehr gebessert werden.

Wie die Erbanlagen günstig zu beeinflussen sind, wissen wir noch nicht; wohl aber ist festgestellt worden, daß sie durch gewisse Gifte, insbesondere durch den Alkohol, das Syphilisgift und wohl auch das Tuberkulosegift geschädigt werden. Es gilt, diese Giftwirkungen zu verhüten.

Rasseverschlechterung wird auch durch Inzucht erzeugt. Diese ist, selbst wenn es sich um die Paarung verwandter Personen mit gleichen hervorragenden Eigenschaften handelt, als eine Gefahr für die Rasse zu bezeichnen, da stets mit der Möglichkeit zu rechnen ist, daß auch zwei gleiche ungünstige Anlagen, welche bei den Eltern nicht deutlich in die Erscheinung treten, sich vereinigen und dadurch bei der Nachkommenschaft in unheilvoller Stärke sich zeigen könnten.

β) Vererbung von Krankheiten, Krankheitsanlagen und geistigen Eigenschaften.

Die medizinische Wissenschaft hat einen reichen Tatsachenstoff[3]), der sich mit den vererbbaren Krankheiten und Krankheitsanlagen befaßt, gesammelt. Es ist erforderlich, die wichtigsten der hier in Betracht kommenden Ergebnisse zu erwähnen.

Zunächst sind hier einige auf Vererbung beruhende Mißbildungen, wie Hasenscharte, Wolfsrachen, Fingermißbildungen, Spalthand, Spaltfuß, Entwicklungsfehler der Geschlechtsteile, Zwerg- und Riesenwuchs zu nennen.

Bei Säuglingen und Kleinkindern wurde festgestellt, daß auf die Anlagen zu weitverbreiteten Krankheiten, wie insbesondere zu Skrofulose und Rachitis, die Vererbung einen großen Einfluß ausübt, und daß die Abstammung auch bei dem Verlauf der ansteckenden Kinderkrankheiten eine große Rolle spielt.

Auch bei Erwachsenen nimmt man einen Zusammenhang der Anfälligkeit zu manchen Krankheiten, z. B. zur Arteriosklerose, zum Leistenbruch und vor allem zur

[1]) O. Hertwig: „Das Werden der Organismen“, Jena 1916.

[2]) F. Prinzing: siehe Literatur S. 17 Ziffer 9 b.

[3]) Siehe: v. Hansemann: „Die Vererbung von Krankheiten“, Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1913 Bd. 8 S. 238 ff.; ferner Erich Ebstein: „Klinische Beobachtungen über Vererbung von Krankheiten“, Arch. f. Rass.- u. Gesellsch.-Biolog. 1923 Bd. 15 Heft 1.

Tuberkulose, wahr. (Auf die Vererbung der Tuberkulose kommen wir noch in dem dieser Krankheit gewidmeten Abschnitt zu sprechen.)

Als ererbt gelten vor allem manche Augenleiden, namentlich die weitverbreitete Kurzsichtigkeit, vorzeitiger Star, Farbenblindheit, Nachtblindheit, Sehnervenentzündung, ferner Taubstummheit, Hautleiden wie Elephantiasis, Ichthyosis, Psoriasis, Pigmentmäler, Nerven- und Geisteskrankheiten, Geistesschwäche, Stoffwechselkrankheiten, wie Gicht, Fettsucht, Diabetes mellitus, sodann Basedowsche Krankheit, Lungenemphysem, Geschwülste, besonders Krebs, und schließlich Bluterkrankheit.[1])

Bei manchen dieser Krankheiten ist aber wahrscheinlich nur die Anlage ererbt, so daß das Leiden oft erst durch Schäden, die in der Umwelt liegen, zutage gefördert wird. Sodann sei mit Nachdruck betont, daß es noch völlig unaufgeklärt ist, unter welchen Bedingungen sich die hereditären Krankheiten bei der Nachkommenschaft zeigen müssen. Hier liegt, wie Martius dargelegt hat, „das eigentliche Vererbungsproblem der menschlichen Pathologie, das Problem, das für den Tierzüchter gar nicht existiert, weil er bewußt krankhafte Individuen von der Zucht ausschließt". Andererseits muß hervorgehoben werden, daß es Aufgabe der Rassehygiene ist, zu verhüten, daß Personen, die mit manchen der obengenannten Krankheiten, insbesondere mit hochgradigen Nerven- und Geisteskrankheiten, behaftet sind, sich fortpflanzen, auch wenn wir die Gesetzmäßigkeiten, mit denen sich die Vererbung vollzieht, noch nicht genau kennen. Gegenüber den vielen vererbbaren Krankheiten, die von geringerer Bedeutung sind, wird die Rassehygiene wohl für absehbare Zeiten machtlos sein.

Auch bei geistigen und moralischen Eigenschaften ist in einer Reihe von Familien die erbliche Grundlage festgestellt worden. Man weiß z. B., daß in der Familie unseres größten Tondichters Joh. Seb. Bach zahlreiche musikalisch hochbegabte Männer vorhanden waren. H. W. Siemens hat die besondere Fähigkeit für technische Erfindungen in der Familie Siemens dargelegt. Von einer amerikanischen Familie berichtet Lenz, daß bis zum Jahre 1900 unter 1394 auf einen gemeinsamen Stammvater zurückzuführenden Nachkommen 295 an einer Hochschule promovierten, 65 Hochschullehrer und 13 Rektoren von Hochschulen wurden, 60 Ärzte, über 100 Geistliche, 75 Offiziere, 60 bekannte Schriftsteller, über 100 Juristen, 30 Richter, 80 höhere Beamte und eine ganze Reihe bedeutende Politiker, Staatsmänner und Unternehmer waren.

Aber auch geistige und namentlich moralische Minderwertigkeit zeigt sich bei vielen Personen mancher Familien. Bei dem Lumpengesindel, das sich aus Verbrechern, Landstreichern und Dirnen zusammensetzt, ist die seelische Verwahrlosung oft ererbt. Gruhle hat bei 82% von den Zöglingen der badischen Zwangserziehungsanstalt Flehingen die Veranlagung als ausschlaggebend für die Verwahrlosung gefunden. Das bekannteste und deutlichste Beispiel für die Vererbbarkeit antisozialer Eigenschaften stellt die schweizerische, 310 Personen umfassende Familie Zero dar, unter deren Mitgliedern sich Verbrecher, Landstreicher, Trinker, sittlich Verwahrloste, Geistesschwache und Geisteskranke in ganz ungewöhnlicher Zahl fanden; im Laufe der Zeit hat, wie Jörger mitteilte, diese einst

[1]) Die Kinder der männlichen Bluter sind selbst nicht krank, jedoch die Töchter unter ihnen übertragen, obwohl sie anscheinend gesund sind, die Krankheit auf ihre männlichen Nachkommen. Ein deutliches Beispiel stellt die Bluterfamilie Mampel in Kirchheim bei Heidelberg dar, die vier Generationen hindurch beobachtet wurde; von den 111 männlichen Mitgliedern war ein Drittel, von 96 weiblichen keins ein Bluter.

tüchtige Bauernfamilie, die durch Heirat mit heimatlosen und vagabundierenden Weibern und unter dem Einfluß des Alkohols so schwer geschädigt wurde, den Steuerträgern eine Last von Millionen auferlegt.

Hinreichend begründete Gesetzmäßigkeiten lassen sich aber auch für die Vererbung geistiger und moralischer Eigenschaften nicht ablesen. Wir wissen die Gründe nicht, warum in zahlreichen Fällen hoher und höchster wissenschaftlicher oder künstlerischer Begabung des Stammvaters sich bei keinem der Nachkommen eine Spur davon zeigt, und umgekehrt, warum aus Familien, die Generationen hindurch Durchschnittliches, ja sogar nur Unterdurchschnittliches leisteten, plötzlich besondere Fähigkeiten erscheinen, die jedoch bei dem zweiten oder dritten darauffolgenden Geschlecht wieder verschwunden sind. Es muß eben auch berücksichtigt werden, daß die erbliche Veranlagung nicht allein, sondern in engster Gemeinschaft mit äußeren Einflüssen wirkt; sind letztere ungünstig, so kann das Genie seine Kraft nicht entfalten, sind sie besonders günstig, so kann gelegentlich auch ein Durchschnittsmensch als Held erscheinen.

γ) Ergebnisse statistischer Untersuchungen.

Während Medizin und Familienforschung noch zu wenig Anhaltspunkte für die rassehygienischen Maßnahmen bieten, hat uns die Statistik bereits Grundlagen für unser Handeln geliefert. So wissen wir z. B., daß das späte Zeugungsalter der Mütter zur Geburt schwächerer Kinder führt. Bemerkenswert ist hierbei, daß nicht etwa die schlechteren wirtschaftlichen Verhältnisse, in welche ärmere kinderreiche Eltern geraten, der Hauptgrund der erhöhten Kindersterblichkeit sind, daß sich vielmehr diese Tatsache auch bei den 3300 Kindern aus fürstlichen Familien, wo eine Ungunst der sozialen Umwelt ausgeschlossen war, gezeigt hat. Ebenso ist nachgewiesen worden, daß die Sterblichkeit der Kinder, deren Väter bei ihrer Geburt ein Alter von über 50 Jahren haben, etwas erhöht ist. Diese und andere Ergebnisse deuten darauf hin, daß die Frühehe[1]) begünstigt werden muß.

Ferner hat man festgestellt, daß zu kurze Geburtenzwischenräume die Erbmasse ungünstig beeinflussen. Da man sodann weiß, daß die Stilltätigkeit ein zumeist wirksames Mittel gegen die Empfängnis darstellt, so wird man, schon um die Geburtenzwischenräume zu vergrößern, mit allen verfügbaren Mitteln dahin streben müssen, den Stillwillen und die Stillfähigkeit zu stärken.

[1]) Es muß aber vor der Verehelichung zu jugendlicher Personen, die ja auch die deutsche Gesetzgebung (siehe S. 213) verbietet, gewarnt werden. Otto Roller, ein Urenkel des S. 34 genannten J. C. Roller, stellte bei rund 1200 in adligen Familien während des 11. bis 15. Jahrhunderts geschlossenen Ehen fest, daß das Durchschnittsheiratsalter der Männer 24, das der Frauen 15 Jahre betrug. Die Lebensdauer der Frauen war um 7 Jahre kürzer als die der Männer. Erst als die Kinderheiraten aufgehört hatten, ging auch der Lebensdauerunterschied zurück. Auerbach teilte ergänzend auf Grund von Erfahrungen der Gegenwart im Orient mit, daß überfrühe Eheschließungen die Lebensdauer der Frauen verkürzen; es zeigt sich, daß die Frauen sehr früh altern und vorzeitig an Erschöpfung zugrunde gehen. (Siehe „Bericht über den 2. Kurs mit Kongreß für Familienforschung, Vererbungs- und Regenerationslehre vom 9. bis 13. April 1912“, Klinik f. psychische u. nervöse Krankheiten Bd. 7 Heft 4.) Wie die Nachkommen, die aus diesen Kinderheiraten hervorgingen, durchschnittlich beschaffen waren, ließ sich aus den vorhandenen historischen Quellen nicht ermitteln. — Vgl. auch O. Roller: „Die Kinderheiraten im ausgehenden Mittelalter“, Sozialhyg. Abhandl. 8, Karlsruhe (im Erscheinen begriffen).

Gerade auf Grund statistischer Betrachtungen wurde die Entartungsfrage, die schon vor langer Zeit einige Forscher[1]) beschäftigt hatte, wieder aufgeworfen und in weite Kreise getragen.

Die ersten größeren Untersuchungen auf diesem Gebiet wurden in England[2]) ausgeführt, als sich zur Zeit des Burenkrieges zeigte, daß von fünf Leuten, die sich zum Eintritt in das Heer meldeten, nur zwei tauglich waren. Die aus 68 Sachkennern aller Art zusammengesetzte englische Kommission, welche sich mit der Entartungsfrage befaßte, zeitigte das Ergebnis: Non liquet. Aber sie hatte ihre Arbeit falsch angegriffen, da sie nicht scharf unterschied, ob die jeweils festgestellten körperlichen Mängel auf Schädigungen der Erbanlagen oder auf Umwelteinflüsse zurückzuführen waren. Genau denselben Fehler hat man oft in Deutschland begangen. Man spricht auch bei uns häufig von fortschreitender Entartung[3]) und stützt sich hierbei auf Geburtenrückgang, Zunahme der Fehl- und Frühgeburten, Abnahme der Stillfähigkeit, Rückgang der Militärtauglichkeit, Zunahme der Geisteskrankheiten u. a. m. Wir wollen nun nach Maßgabe des verfügbaren Raumes erörtern, wie diese Erscheinungen zu bewerten sind.

Einen bedenklichen Geburtenrückgang[4]) will man daran erkennen, daß die auf 1000 Personen entfallende Geburtenziffer in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege geringer geworden ist. Hierbei übersieht man aber zunächst, daß die vorliegenden Statistiken unzureichend sind. Um ein sicheres Urteil zu gewinnen, müßte angegeben sein, wie sich die weibliche Bevölkerung in der letzten Zeit und ehedem nach Altersklassen gegliedert hat; denn die Frauen im Alter von 20 bis 35 Jahren zeigen eine viel höhere Geburtenziffer als die Frauen der späteren Altersklassen (siehe Tafel 7 auf S. 50). Aber ein gewisser Geburtenrückgang ist wohl mit Sicherheit anzunehmen.

Den Geburtenrückgang und seine Bedeutung für die deutsche Volkskraft ersehen wir aus der Tafel 46.

Die Tafel 46 zeigt, daß die auf 1000 Personen entfallende Geburtenziffer am größten in dem Jahrzehnt 1871/80 war. Von da an ist die Zahl bis 1913 immer mehr gesunken; sie erreichte während des Kriegsjahres 1918 den tiefsten Stand und ist nach dem Kriege wieder etwas gestiegen, ohne bisher die Höhe der Vorkriegszeit erreicht zu haben. Vergleichen wir nun die Entwicklung der Geburtenziffern mit den Sterblichkeitszahlen und

---

[1]) J. P. Frank wandte sich 1778 im Band 1 von seinem „System einer vollständigen medicinischen Polizey" gegen die damals schon alten Klagen darüber, daß die Menschen ehedem eine bessere Körperbeschaffenheit gehabt hätten; soweit eine Entkräftung festgestellt wurde, führte er sie auf äußerliche Ursachen, auf die Lebensart, schlechte Ernährung und übermäßiges Arbeiten der Jugendlichen zurück. — Der Berliner Professor der Medizin Ehrenberg legte in einer am 20. Oktober 1842 gehaltenen Festrede der Kgl. Akademie der Wissenschaften zu Berlin über „Die naturwissenschaftlich und medizinisch völlig unbegründete Furcht vor körperlicher Entkräftung der Völker durch die fortschreitende Geistesentwicklung" dar, daß Zeichen für Entartung hinsichtlich der Größe und Körperentwicklung sowie der Krankheitsanlagen nicht vorhanden waren, und daß insbesondere die Volksbildung (Kultur) keinen ungünstigen Einfluß ausgeübt hat. (Siehe Abhandl. d. Kgl. Akademie d. Wissenschaften aus d. Jahre 1842, Berlin 1844, S. XIII.)

[2]) Siehe: H. Herkner: „Die Entartungsfrage in England", Schmollers Jahrb. d. Gesetzgeb. 1907 Bd. 31 Heft 2.

[3]) Bei dem Begriff Entartung (Degeneration) handelt es sich in der Rassehygiene — im Gegensatz zu pathologisch-anatomischen und klinischen Betrachtungen — nicht um eine Veränderung der Zellen, Gewebe, Organe des Menschen, sondern um eine auf Veränderung der Erbmasse beruhende Minderwertigkeit im Vergleich zu den „als vollkommen oder doch wenigstens als am Durchschnitt gemessen, im wesentlichen fehlerfrei" gedachten Vorfahren.

[4]) Vgl. auch die Darlegungen auf S. 51 u. 52.

den Wanderungsergebnissen. Wir sehen, daß 1901/10 der Geburtenüberschuß trotz der schon stark gesunkenen Geburtenzahl am größten war. Selbst 1913 ist der Geburtenüberschuß noch höher als 1871/80, wo die Geburtenzahl am größten war. Dazu kommt noch, daß bis 1881/90 bedeutende Wanderungsverluste zu verzeichnen waren. Dadurch gewinnt der Geburtenüberschuß in dem Zeitraum 1901/10 noch erheblich an Wert im Verhältnis zu dem gesamten Wachstumsgewinn in den früheren Jahrzehnten.

Tafel 46.

Wachstum der deutschen Bevölkerung 1851—1922.

Auf 1000 Einwohner kamen:

Zeitraum	Geborene	Gestorbene	mehr Geborene als Gestorbene	Wanderungsverluste
	einschl. Totgeborene			
1851/1860	36,8	27,8	9,0	2,5
1861/1870	38,8	28,4	10,3	2,2
1871/1880	40,7	28,8	11,9	1,8
1881/1890	38,2	26,5	11,7	2,8
1891/1900	37,3	23,5	13,9	0,7
1901/1910	33,9	19,7	14,3	0,2
1913	28,3	15,8	12,4	.
1918	14,7	25,2	10,5	.
1919	20,7	16,2	4,5	.
1922	23,6	15,1	8,5	.

(Nach Stat. Jahrb. f. d. D. Reich 1923.)

Für die Volkskraft kommt es nicht allein darauf an, daß die Geburtenziffer möglichst groß ist, sondern auch, daß die Sterblichkeit und der Wanderungsverlust möglichst gering sind. Die Sterblichkeitszahlen werden aber durch die Größe der Geburtenziffern wesentlich beeinflußt; und das gleiche gilt für den Wanderungsverlust in Deutschland, wo unter den gegebenen Ernährungsverhältnissen (siehe besonders S. 112) nur eine begrenzte Zahl von Volksgenossen leben kann. (Über die Aufwuchsziffern siehe Tafel 61 und S. 269.)

Die verschiedenartigsten Gründe wurden für den Geburtenrückgang angeführt, insbesondere Zunahme des Wohlstandes, der Bildung, der Industrialisierung, des Wohnungselends, der Genußsucht, der Unmoral, des Unglaubens, der Geschlechtskrankheiten, der Frauenarbeit u. a. m. Es würde zu weit führen, das gewaltige Schrifttum[1]), das sich mit

[1]) Aus der fast unübersehbaren Fülle der Schriften seien als besonders beachtenswert hervorgehoben: Lujo Brentano: „Die Malthussche Lehre und die Bevölkerungsbewegung der letzten Dezennien“, Abhandl. d. Histor. Klasse der Kgl. Bayr. Akad. d. Wissensch. 1909 Bd. 24 Abt. 3. — P. Mombert: a) „Studien der Bevölkerungsbewegung in Deutschland“, Karlsruhe 1907; b) „Bevölkerungslehre“, Abh. im „Grundriß d. Sozialökonomik“ 2. Abt. 1. Teil, Tübingen 1923. — Oldenberg: „Über den Rückgang der Geburten- und Sterbeziffern“, Arch. f. Sozialw. u. Sozialpol. Bd. 32 u. 33; dazu die Erwiderung von Mombert und die Antwort von Oldenberg, ebenda Bd. 34. — J. Graßl: a) „Blut und Brot“, München 1905; b) „Der Erfolg alter und neuer ehelicher Geschlechtssitten“, Arch. f. Rass. u. Gesellsch.-Biol. 1913 Jahrg. 10 Heft 5; c) „Der Geburtenrückgang, seine Ursache und seine Bedeutung“, Sammlung Kösel Nr. 71, Kempten 1914. — J. Bornträger: „Der Geburtenrückgang in Deutschland. Seine Bewertung u. Bekämpfung“, Würzburg 1913. — E. Rösle: a) „Der Geburtenrückgang. Seine Literatur u. d. Methodik seiner Ausmaßbestimmung“, Ergänzungshefte z. d. Arch. f. soz. Hyg. Nr. 1, Leipzig 1914; b) „Die Tatsachen des Geburtenrückganges“,

diesen Fragen befaßt, auch nur einigermaßen zu beleuchten. Sicherlich sind für den Geburtenrückgang mannigfache Einflüsse maßgebend. Man muß hierbei unterscheiden zwischen Minderung der Fortpflanzungsfähigkeit und Abnahme des Fortpflanzungswillens. Die Fortpflanzungsfähigkeit wird durch Geschlechtskrankheiten und im gewissen Umfange auch durch die Frauenarbeit beeinträchtigt. Der Hauptgrund für den Geburtenrückgang liegt jedoch in dem von der wirtschaftlichen Lage hervorgerufenen Wunsch, die Kinderzahl niedrig zu halten. Schädigungen der Erbanlagen spielen hierbei keine nennenswerte Rolle. Die Abnahme sowohl der Fortpflanzungsfähigkeit wie des Fortpflanzungswillens beruht auf Einflüssen der kulturellen Umwelt.

Der Geburtenrückgang kann mithin als ein Zeichen fortschreitender Entartung nicht angesehen werden.

Da man vielfach den Geburtenrückgang mit dem späten Heiratsalter in Zusammenhang bringt und demgemäß die Frühehe fordert, so sei hier eine zahlenmäßige Übersicht, welche über diese Frage Aufschluß gibt, geboten.

Tafel 47.

Kinderzahl und durchschnittliches Heiratsalter in den von 1811 bis 1900 geschlossenen ersten Ehen bei Mannheimer Familien.

Jahrzehnt der Eheschließung	Ehen	Kinder	Auf eine Ehe mit Kindern entfallen Kinder	Durchschnittsalter bei der ersten Eheschließung	
				der Frau	des Mannes
1811—1820 . . .	410	1882	5,36	27,98	25,76
1821—1830 . . .	541	2277	4,97	28,04	26,23
1831—1840 . . .	629	2508	4,63	28,69	26,08
1841—1850 . . .	458	1868	4,75	29,59	26,74
1851—1860 . . .	426	1584	4,30	30,19	26,69
1861—1870 . . .	509	1575	3,82	28,65	25,92
1871—1880 . . .	422	1530	4,35	27,41	24,68
1881—1890 . . .	326	1034	3,86	28,04	24,89
1891—1900 . . .	270	441	2,19	27,95	25,06

(Nach S. Schott.)

Aus der Tafel 47, für welche Schott[1]) die Aufzeichnungen von alten Mannheimer Familien benutzt hat, geht hervor, daß das Heiratsalter sowohl der Männer wie der Frauen 1891—1900 niedriger war als 1811—1820, und doch ist die auf eine Ehe kommende Kinderzahl so sehr viel kleiner geworden. Man sieht deutlich, daß, wie schon oben (S. 49)

Abhandl. in Nr. 4 d. Monograph. z. Frauenkunde u. Eugenetik, Leipzig 1923. — E. Würzburger: „Der Geburtenrückgang und seine Statistik“, Schmollers Jahrb. f. Gesetzgeb., Verwalt. u. Volkswirtsch. 1914 Jahrg. 38 Bd. 3. — F. A. Theilhaber: a) „Das sterile Berlin“, Berlin 1913; b) „Der Untergang der deutschen Juden“, 2. Aufl., Berlin 1921. — A. Grotjahn: „Geburtenrückgang u. Geburtenregelung im Lichte der individuellen und der sozialen Hygiene“, 2. Ausgabe, Berlin 1921. — J. Wolf: „Der Geburtenrückgang“, Jena 1912. — Max Hirsch: „Fruchtabtreibung u. Präventivverkehr im Zusammenhang mit dem Geburtenrückgang“, Würzburg 1914. — Scheler: „Bevölkerungsprobleme als Weltanschauungsfrage“, ferner Lindemann: „Die sozialen Einflüsse auf die Familienbildung“, siehe den Bericht der Verhandlungen des Bevölkerungspolitischen Kongresses der Stadt Köln 1921.

[1]) S. Schott: „Alte Mannheimer Familien“, Mannheim 1910.

bemerkt wurde, das Heiratsalter allein nicht entscheidend für die zu erwartende Geburtenziffer ist.

Man führt oft an, daß wohl die Geburtenzahl, nicht aber die Sterbeziffer bis auf Null fallen kann. Gewiß ist dem Geburtenrückgang alle Aufmerksamkeit zu widmen, und alle Maßnahmen, die einen Erfolg versprechen (siehe unten), sollten angewandt werden. Aber vorläufig liegt in Deutschland hinsichtlich der Geburtenziffern noch keine Gefahr vor. Andererseits könnte die Sterblichkeit, namentlich in den Arbeiterkreisen (siehe S. 58 und S. 80 ff.), noch erheblich vermindert werden.

Vor und während dem Kriege waren die auf eine möglichst hohe Geburtenziffer gerichteten Bestrebungen gewöhnlich mit imperialistischen Gedankengängen verwoben. Seit dem Kriegsende hat sich hier ein Wandel vollzogen. Indessen betont Grotjahn, der jetzt zur Sozialdemokratie gehört, nach wie vor die hohe Bedeutung einer großen Volksziffer für die Entfaltung unseres Volkstums, während der frühere Imperialist M. v. Gruber jetzt die Geburtenziffer dem gegenwärtigen Nahrungsspielraum angepaßt wissen will.

Auch die Zunahme der Aborte und der Frühgeburten soll ein Beweis für die fortschreitende Entartung sein. Prüfen wir, wie es hiermit steht.

Daß die Zahl der Aborte[1]) in den letzten Jahren und Jahrzehnten gewachsen ist, wurde von Leitern der großen Frauenkliniken, insbesondere von Bumm, hervorgehoben. Allein, aus solchen Angaben, die sich auf die Ziffer der Aufnahmen in Kliniken beziehen, lassen sich Schlüsse auf die Vorgänge in der gesamten Bevölkerung nicht ziehen. In Baden wird über die Häufigkeit der Aborte und Frühgeburten seitens der Hebammen an die Bezirksärzte berichtet. Der amtliche Zahlenstoff, der auch über sonstige Niederkünfte unterrichtet (vgl. auch Tafel 9 S. 51), wurde für Berechnungen, deren Ergebnisse die Tafel 48 enthält, benutzt.

Tafel 48.

Die Niederkünfte nach der Zahl und dem Fruchtalter der Kinder in Baden.

Auf 1000 in Baden niedergekommene Frauen erfolgten Entbindungen:

Im Durchschnitt der Jahre	Nach der Zahl der Kinder						Nach dem Fruchtalter der Kinder							
	in einfacher Geburt		mit Zwillingen		mit Drillingen		vor dem 7. Monat (unzeitig)		vom 7. bis 10. Monat (frühzeitig)			im 10. Monat (rechtzeitig)		
	überhaupt	Kinder tot	überhaupt	Kinder tot	überhaupt	Kinder tot	überhaupt	Kinder tot	überhaupt	Kinder lebend	Kinder tot	überhaupt	Kinder lebend	Kinder tot
1878/1886	986,54	47,73	13,32	3,31	0,14	0,09	16,67	—	35,18	29,88	9,17	948,15	938,14	25,23
1891/1899	986,78	48,57	13,08	2,75	0,14	0,08	23,37	24,05	36,01	31,61	7,65	940,62	930,36	20,09
1903/1911	986,74	53,54	13,13	1,74	0,13	0,06	31,71	30,51	39,64	35,45	7,77	928,65	919,96	17,94
1913	986,60	86,11	13,35	2,48	0,05	0,05	47,31	45,42	46,91	41,85	8,85	905,78	898,41	16,37
1921	985,89	68,71	13,99	2,76	0,11	0,10	49,30	47,47	50,34	46,49	8,36	900,36	893,55	15,74
1922	987,99	72,36	11,94	2,52	0,07	0,07	51,66	49,77	48,88	44,32	8,83	899,47	890,28	16,34

(Nach amtlichen Angaben berechnet.)

Die Tafel 48 ist in derselben Weise hergestellt worden, wie die Tafel 9. Es werden die Ergebnisse von drei Jahrneunten, in deren Mitte das zugehörige Berufszählungsjahr steht, miteinander verglichen. Von Berufszählungsjahr zu Berufszählungsjahr hat, wie

[1]) Vgl. „Statistik der Fehlgeburten in Magdeburg 1912“, Sonderabdruck a. d. Jahresb. d. Stat. Amtes 1914.

aus Tafel 20 S. 70 hervorgeht, die weibliche Erwerbsarbeit zugenommen. Diese Tatsache hat, wie aus der linken Seite der Tafel 48 hervorgeht, einen Einfluß auf die Zahl der Kinder (einfache Geburt, Zwillinge, Drillinge) nicht ausgeübt. Dagegen entnimmt man der rechten Seite der Tafel 48, daß von Berufszählungsjahr zu Berufszählungsjahr die Zahl der unzeitigen und frühzeitigen Entbindungen zu-, die Ziffer der rechtzeitigen Niederkünfte abgenommen hat. Auf die Angaben, welche über die Aborte unterrichten, kann auch hier kein großes Gewicht gelegt werden, da viele Fälle der Kenntnis der Hebammen entgehen; immerhin ist die beträchtliche Zunahme beachtenswert. Von hoher Bedeutung sind die Zahlen, welche über die Häufigkeit der vorzeitigen Entbindungen Auskunft geben. Besonders muß die Zahl der frühzeitigen Niederkünfte mit lebenden Kindern ins Auge gefaßt werden. Denn hier ist anzunehmen, daß es sich nicht um künstliche (strafbare) Eingriffe gehandelt hat, sondern daß in diesen Fällen die mangelhafte Austragefähigkeit zur vorzeitigen Entbindung geführt hat. Die Ziffern der Tafel 48 beweisen, daß in den letzten Jahrzehnten und namentlich in den Jahren nach dem Weltkrieg die Austragefähigkeit abgenommen hat. Aber es liegt kein Anhalt dafür vor, daß diese mißliche Erscheinung auf einer Verschlechterung der Erbanlagen beruht; die Ergebnisse werden durch die Einflüsse der kulturellen Umwelt, insbesondere durch die Zunahme der weiblichen Erwerbsarbeit, hinreichend erklärt.

Auch hinsichtlich der Abnahme der Stillfähigkeit und der Militärtauglichkeit sowie der Zunahme der Geistes- und Nervenkrankheiten ist kein Beweis erbracht worden, daß, wo diese Erscheinungen wirklich vorlagen, als Ursache eine Verschlechterung des Keimstoffes zu betrachten ist; wir werden in den jeweiligen besonderen Abschnitten (S. 224, bezw. 296, bezw. 406) zeigen, daß es sich hierbei lediglich um kulturelle Einwirkungen handelt.

Aus allen diesen Darlegungen dürfte deutlich hervorgehen, daß die von manchen Rassehygienikern behauptete fortschreitende Entartung des deutschen Volkes in den vorliegenden Tatsachen keine hinreichende Stütze findet, und daß oft von Degeneration gesprochen wird, wo es sich lediglich um Krankheitszustände, die unter dem Einflusse der Umwelt stehen, handelt. Und so schreibt A. Elster: „Die Rassehygieniker nehmen die ‚Entartung', die als sozialbiologische Tatsache in der gesamten Menschheitsentwicklung erst bewiesen werden müßte, als erwiesen an und leiten von daher die Aufgaben der Rassehygiene." Auch der vielfach geäußerte Pessimismus mancher Rassehygieniker, von denen die einen, z. B. H. W. Siemens[1]), den Untergang der europäischen Völker, andere (Theilhaber) den Untergang der deutschen Juden ankündigen, soll doch wohl nur der rassehygienischen Propaganda dienen; denn auf hinreichende Beweise ist er nicht gestützt. Hier aber gilt wieder, was oben (S. 123) von dem Unterschied zwischen Reklame und Wissenschaft gesagt wurde.

Es muß jedoch andererseits darauf hingewiesen werden, daß es zweifellos eine sehr große Anzahl von körperlich, geistig und sittlich kranken Personen gibt, bei denen es

[1]) H. W. Siemens schreibt in dem Artikel „Auslese" (Handw. d. Sexualwissenschaft, Bonn 1923): „Denn die Tage der europäischen Völker sind gezählt, und die Sorgen um unsere Kinder und Enkel sind eitel, wenn es nicht gelingt, den selektionistischen rassehygienischen Gedanken bei der Masse der Gebildeten und bei der Staatsleitung zur Anerkennung zu bringen." Hierzu ist zu bemerken: Es liegt weder ein Anlaß zu dieser Hoffnungslosigkeit vor, noch konnten bis jetzt durchführbare Vorschläge rassehygienischer Art angegeben werden, um die angeblich so trüben Zustände wesentlich zu verbessern.

sich tatsächlich um Entartungserscheinungen handelt. Nach Grotjahns Schätzung „dürften in Deutschland auf 100000 Einwohner etwa 400 Geisteskranke und Idioten, 150 Epileptiker, 200 Trunksüchtige, 30 Taubstumme, 250 Verkrüppelte und 500 Lungenkranke im vorgeschrittenen Stadium anzunehmen sein, von denen etwa zwei Drittel die Anlage zu ihrem Leiden erblich überkommen haben". Welche gewaltigen Summen für die Minderwertigen aus öffentlichen Mitteln aufgewendet werden müssen, dafür bieten die Arbeiten von Jens[1]) sowie Kaup[2]) einen Anhalt. Daher ist erforderlich, daß es insbesondere der großen Schar der Landstreicher, Alkoholiker, Verbrecher, Prostituierten, kurz dem ganzen Bodensatz der Bevölkerung, den man das Lumpenproletariat nennt, soweit bei dieser Lebensweise überhaupt die Erzeugung einer Nachkommenschaft in Betracht zu ziehen ist, durch geeignete Maßnahmen unmöglich gemacht wird, sich fortzupflanzen. Der Weltkrieg[3]) hat uns übergroße Opfer an Männern, die nicht nur körperlich kräftig, sondern auch mit hohen Charaktereigenschaften begabt waren, gekostet. Es wird ungeheuer schwer sein, die dadurch entstandenen Lücken auszufüllen. Um so mehr muß jetzt verhütet werden, daß körperlich und geistig minderwertige oder gar verbrecherische Menschen sich stark fortpflanzen und dadurch den Durchschnitt der deutschen Bevölkerung auf einen physischen und moralischen Tiefstand herabdrücken.

c) Rassehygienische Maßnahmen.

Aus den vorstehenden Darlegungen ist zu ersehen, daß die bisherigen wissenschaftlichen, insbesondere biologischen Forschungen noch keine zureichende Grundlage für ein planmäßiges Handeln, das zu greifbaren rassehygienischen Erfolgen führen könnte, geschaffen haben. Aber trotzdem, und obwohl Zeichen einer fortschreitenden Entartung nicht nachweisbar sind, müssen Maßnahmen, die eine gesunde und zahlreiche Nachkommenschaft anstreben, ergriffen werden.

In diesem Sinne suchte man schon in früheren Zeiten auf die Volksgesundheit einzuwirken. Es sei hier nur an die in dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" bereits erwähnten Maßnahmen und Pläne von Moses, Plato, Morus, Campanella, Frank und Mai erinnert und ergänzend auch auf den englischen Staatsmann Temple[4]) hingewiesen. Aber wegen der hohen Bedeutung, die dem Gesetzentwurf von Mai gerade auch auf dem Gebiet der Rassehygiene innewohnt, sei einiges aus dem Gesetzesabschnitt „Sorge für gesunde Fortpflanzung" angeführt.

---

[1]) Jens: „Was kosten die schlechten Rasseelemente den Staat und die Gesellschaft?" Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1913 Bd. 8 Heft 2 u. 3.

[2]) J. Kaup: „Was kosten die minderwertigen Elemente den Staat und die Gesellschaft?" Arch. f. Rass.- u. Gesellsch.-Biolog. 1914 Jahrg. 10 Heft 6.

[3]) Daß Kriege einen ungeheuren Schaden in rassehygienischer Hinsicht ausüben, braucht wohl nicht erst näher dargelegt zu werden. Denn sicherlich waren die Worte im „Siegesfest" von Schiller — „Patroklus liegt begraben und Thersites kommt zurück" — für alle Kriege zutreffend. Wir haben jedoch schon auf S. 113 dargelegt, daß unter bestimmten Voraussetzungen ohne Rücksicht auf die Volksgesundheit zu den Waffen gegriffen werden muß.

[4]) Nach Angabe von Schallmayer sowie von E. Ebstein hat W. Temple (1628—1699) in einer Abhandlung über „Gesundheit und langes Leben" sich folgendermaßen geäußert: „Ihren tiefsten Grund haben Gesundheit und langes Leben in der Stärke unserer Rasse oder unserer Geburt. Daher der Spruch: Gaudeant bene nati." — Erinnert sei hier auch an die ersten Worte von Schillers Gedicht „Das Glück": „Selig, welchen die Götter, die gnädigen, vor der Geburt schon liebten."

Zunächst wird angeordnet, daß „zur Erzielung einer zahlreichen sowohl als gesunden Bevölkerung" die Ehebündnisse zwar begünstigt und nach der Vorschrift der religiösen wie bürgerlichen Gesetzgebung gefördert werden, „niemals aber von den Eltern des Brautpaares ohne vorher eingeholten Rat oder schriftliches Zeugnis des die Gesundheit des Brautpaares untersuchenden Polizeiarztes geschlossen werden sollen". Hierüber trifft Mai, von der Voraussetzung ausgehend, daß Ehen, die entweder von einem oder von zwei ungesunden Verlobten geschlossen werden, die unglücklichsten und für die Nachkommenschaft nachteiligsten sind, ausführliche Verordnungen. Es wird nachdrücklichst befohlen, „a) daß die Eltern des sich verehelichen wollenden Brautpaares, mit Zuziehung des Polizeiarztes, die Gesundheit ihrer Kinder untersuchen lassen; ob etwa die Braut in ihrem Knochenbau so mißwachsen sei, daß bei einer künftigen Geburt ihr und ihres Kindes Leben in wahrscheinliche Gefahr geraten müssen; ob sie mit Muttergichtern, mit Blutspeien, wie Gliedergicht behaftet, und zum Tiefsinn geneigt sei; b) ob der Bräutigam alle äußerlich wahrnehmbaren Kennzeichen eines gesunden und starken Körperbaues habe, ob keine erbschaftliche Anlage zu Steinschmerzen, zum Podagra, zur Auszehrung, zum Wahnsinn oder gar zur Fallsucht in seinem Körper wohnen; wie und wo er seine Jugendjahre durchgebracht habe; ob er mit Zufällen der Lustseuche in seiner Jugend behaftet gewesen, und durch einen geschickten Arzt oder Wundarzt vollkommen davon geheilt sei; ob er der Onanie ergeben, sich dadurch eine Impotenz zugezogen habe; ob er einen Leibschaden, einen Leisten- oder Hodenbruch, einen Gewohnheitssamenfluß oder verhärtete Gallen habe. c) Ob beide Verlobte sich aus wechselseitiger Zuneigung und Liebe, oder bloß aus Nebenabsichten verehelichen, wodurch der Zweck des Ehestandes und des Vaterlandes verfehlt oder mißraten könnte. d) Die Zivilbehörden sollen den Ausrufschein den beiden Verlobten oder ihren Eltern und Vormündern eher nicht erteilen, bis dieselben das pflichtmäßige Zeugnis des Polizeiarztes über die physischen Fähigkeiten der Verlobten zum Ehestande werden beigebracht und vorgelegt haben. Denn es muß dem Vaterlande mehr an einer gesunden als bloß zahlreichen Bevölkerung gelegen sein."

Leider hat man die Ratschläge von Frank und Mai, die damals schon von den besten Sachkennern gebilligt wurden, nicht befolgt. Es ist eben ungemein schwierig, die Führer des Staates dafür zu gewinnen, daß sie zugunsten späterer Geschlechter Einrichtungen treffen, von denen die jeweils gegenwärtige Generation keinen Nutzen, ja sogar bisweilen Nachteile haben könnte.

Mittlerweile ist durch die (schon auf S. 38 u. 39 erwähnte) bahnbrechende Wirksamkeit von Galton, Schallmayer, Plötz u. a. eine wissenschaftliche Grundlage für rassehygienische Maßnahmen geschaffen worden. Es ist zu hoffen, daß jetzt allmählich den dringendsten Ansprüchen auf rassehygienischem Gebiet genügt werden wird.

Bei den gegenwärtig zu stellenden Forderungen muß man aber aus den oben angeführten Gründen Maß halten, um ernst genommen zu werden. Diese Vorsicht lassen manche übereifrige Rassehygieniker bisweilen vermissen. So will z. B. Hentschel[1]), ohne Rücksicht auf unsere Ehesitten, in einer Art Zuchtgarten Menschen erzeugen lassen, und v. Ehrenfels[2]) empfiehlt, daß für ausgesuchte Männer die Vielweiberei eingeführt wird, ein Vorschlag, der auch während des Weltkrieges mehrfach auftauchte. Mit Recht hat E. Fischer darauf hingewiesen, wie schädlich die Erörterung solcher utopischen Gedanken ist, und man wird es begreiflich finden, wenn Pesch[3]) schreibt: „Noch stehen die Anschauungen und Sitten der Menschen hoch genug, um nicht Kultur und Zivilisation einer solchen ‚Rassehygiene' zu opfern, die ‚Hygiene' zur Hyäne werden zu lassen." Westenhöfer trat 1920, um eine großzügige Siedlungspolitik im rassehygienischen Interesse durchführen zu können, für die Verstaatlichung des gesamten Grund und Bodens, diese alte bodenreformerische Utopie, deren Verwirklichung jetzt weniger als je zuvor möglich ist, ein. Lenz betont gerade im Hinblick hierauf, daß in der Rassehygiene Realpolitik getrieben werden muß; aber er selbst hält sich an seine eigene Mahnung nicht, da er verlangt, daß der rassehygienische Gedanke „eigentlich in die Verfassung aufgenommen werden sollte, ja als deren erster und oberster Satz".

Die rassehygienischen Mittel, mit denen man sich gegenwärtig befaßt, lassen sich in vier Gruppen teilen, nämlich in Maßnahmen: 1. zur Verhütung des Geburtenrück-

[1]) W. Hentschel: „Mittgart", Leipzig 1916.

[2]) Chr. v. Ehrenfels: „Die konstitutive Verderblichkeit der Monogamie und die Unentbehrlichkeit einer Sexualreform", Arch. f. Rass.- u. Gesellsch.-Biol. 1907 Jahrg. 4 Heft 6.

[3]) Heinr. Pesch: „Lehrbuch der Nationalökonomie", Freiburg i. B. 1920, Bd. 2 S. 613.

ganges; 2. zur Verhütung von Keimschädigungen; 3. zur Verhütung der Fortpflanzung von Minderwertigen und 4. zur Förderung der Fortpflanzung besonders tüchtiger Personen. Die Wirksamkeit der beiden letzten Gruppen stellt eine Auslese[1]) (Selektion) dar; bei der dritten Gruppe handelt es sich um eine nachwuchshemmende[2]) (eliminatorische), bei der vierten Gruppe um eine nachwuchsfördernde[2]) (elektive) Auslese. Neben allen diesen Mitteln sind die gesundheitliche Belehrung und moralische Erziehung zu pflegen, ohne welche ein ausgedehnter rassehygienischer Erfolg nicht zu erreichen ist.

α) Maßnahmen zur Verhütung des Geburtenrückganges.

An der Verhütung des Geburtenrückganges sind nicht nur die Imperialisten, sondern auch kirchliche Kreise lebhaft interessiert. Denn die Verminderung der Geburtenziffer beruht ja im wesentlichen auf der Anwendung von konzeptionsverhütenden oder Fehlgeburten erzeugenden Maßnahmen[3]), deren Verwendung zur christlichen Weltanschauung im Gegensatz steht. Daher war vor dem Kriege eine umfangreiche Bewegung, die sich mit bevölkerungspolitischen Zielen befaßte, entstanden, was unter anderem zur Bildung eines entsprechenden Ausschusses des Reichstages und später des preußischen Landtages geführt hat.

Die Grundlage jeder planvollen Bevölkerungspolitik, die dem Geburtenrückgang wirkungsvoll zu begegnen sucht, bildet der Schutz der Familie. Dieses Ziel verfolgt auch die Reichsverfassung vom 11. August 1919, deren Artikel 119 lautet:

„Die Ehe steht als Grundlage des deutschen Familienlebens und der Erhaltung und Vermehrung der Nation unter dem besonderen Schutz der Verfassung. Sie beruht auf der Gleichberechtigung der Geschlechter. Die Reinhaltung, Gesundung und soziale Förderung der Familie ist Aufgabe des Staates und der Gemeinden. Kinderreiche Familien haben Anspruch auf ausgleichende Fürsorge. Die Mutterschaft hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge des Staates."

Zugunsten der kinderreichen Familien, von denen manche früher besonders schlecht, namentlich von Hausbesitzern behandelt wurden, werden neuerdings die Gehaltsordnungen und Steuergesetze gestaltet und Wohnungsgelegenheiten geschaffen. Der im Jahre 1920 gebildete Bund[4]) kinderreicher Familien hat bereits einen großen Anhang gefunden und wird gewiß segensreich wirken.

Auch trachtet man dahin, die Frühehe zu fördern. Leider steht diesen Bestrebungen die gegenwärtige Wohnungsnot (siehe S. 142) im Wege.

Der bevölkerungspolitische Ausschuß, der während des Krieges vom Reichstag gewählt war, hatte sich eingehend mit Gesetzesvorlagen[5]), die sich gegen die immer weiter gehende

---

[1]) Eine, wenn auch nicht planmäßige, Auslese der körperlich Minderwertigen stellen Epidemien dar; der Kampf gegen die Infektionskrankheiten ist manchen Rassehygienikern gar nicht erwünscht. Eine andere Art der Auslese ist der Krieg, dem gerade die körperlich und moralisch Besten zum Opfer fallen; man spricht daher hierbei von einer kontraselektorischen Wirkung.

[2]) Diese klaren Bezeichnungen stammen von H. W. Siemens (siehe Fußnote 1 S. 208).

[3]) Es sei hier an die auf S. 31 erwähnte Lehre von Malthus erinnert. Die dieser Lehre entsprechenden, während der letzten Jahrzehnte stark gewachsenen Bestrebungen, durch geburtenverhütende Maßnahmen die Volkszahl niedrig zu halten, werden als Neomalthusianismus bezeichnet.

[4]) Siehe: „Die Kinderreichen Deutschlands, Vorträge von Kinderreichen und für Kinderreiche", herausgegeben vom Provinzialverband Westfalen im Reichsbunde der Kinderreichen Deutschlands, Münster i. W. 1924.

[5]) Reichstagsdrucksachen der 13. Legislatur-Periode II. Session 1914/18 Nr. 1287 vom 16. Februar 1918.

Ausdehnung der Unfruchtbarmachung, Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsunterbrechung richteten, beschäftigt. Infolge der politischen Umwälzung gelangten diese Vorschläge nicht zur Annahme. Im Gegensatz hierzu unterbreiteten im Jahre 1920 viele Abgeordnete der sozialdemokratischen Partei (nicht die Fraktion!) dem Reichstag einen Initiativantrag, wonach die Abtreibung, die jetzt nach § 218 des StGB. für das Deutsche Reich mit Zuchthaus bestraft wird, für straflos erklärt werden soll, wenn sie von den Schwangeren selbst oder mit ihrer Einwilligung von einem Arzt in den ersten drei Monaten der Schwangerschaft vorgenommen wird. Die Unabhängige Sozialdemokratie ging in ihrem Gesetzesvorschlag sogar noch weiter; sie forderte, daß auch die Abtreibung einer Frucht durch einen Kurpfuscher unmittelbar vor der Geburt und selbst gegen den Willen der Schwangeren für straffrei erklärt werden soll. Der deutsche Ärztetag hat sich jedoch im September 1921 in einer Entschließung gegen die Straflosigkeit der Tötung der Frucht im Mutterleibe ausgesprochen.

An dieser Stelle sei bemerkt, daß die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen in Preußen im Jahre 1916 Leitsätze, welche die Schwangerschaftsunterbrechung betreffen, veröffentlicht hat. Hiernach darf der Arzt nur aus medizinischen Gründen, d. h. bei einer als unvermeidlich erwiesenen, sonst nicht abwendbaren schweren Gefahr für Leben und Gesundheit der Schwangeren, nicht aber aus sozialen oder rassehygienischen[1]) Gründen die Schwangerschaftsunterbrechung vornehmen.

Die obengenannten sozialdemokratischen[2]) Vorschläge beabsichtigen ja ohne Zweifel, den in ungünstigen sozialen Verhältnissen lebenden Frauen die Bürde der häufigen Schwangerschaften und der Aufzucht von zahlreichen Kindern abzunehmen. Aber diese Vorschläge sind für den Volksbestand und die Sittlichkeit gefährliche Mittel; man muß auf andere Maßnahmen sinnen, um den Müttern selbst und ihren Kindern zu helfen. Hier kommt vor allem der Ausbau des Mutterschutzes, der eine hinreichende Schonung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung sichert, in Betracht. Der gesetzliche Mutterschutz besteht vorläufig nur darin, daß die gewerblichen Arbeiterinnen (dies war vor dem Kriege etwa der neunte Teil aller erwerbstätigen Frauen und Mädchen im gebärfähigen Alter) vor und nach der Niederkunft im ganzen während acht Wochen nicht beschäftigt werden dürfen. Daß diese Gestaltung des Mutterschutzes unzureichend ist, leuchtet ohne weiteres ein. Ebenso ist die gegenwärtige Art der Bewilligung von Wochen- und Stillgeld noch unzulänglich. Über die schlimmste Not hilft diese Einrichtung hinweg; aber den Willen, Kinder zu erzeugen und Kinder aufzuziehen, kann sie allein nicht stärken. Immerhin sind die Mutterschutzmaßnahmen oft geeignet, Krankheiten der weiblichen Fortpflanzungsorgane und dadurch Beeinträchtigungen der Empfäng-

[1]) Namentlich M. Hirsch tritt seit einer Reihe von Jahren für die „gesetzliche Anerkennung der eugenetischen Indikation zum therapeutischen Abort" ein. Siehe seine Schriften: „Versuch eines Programms der Geburtenpolitik im neuen Deutschland", Arch. f. Frauenkunde u. Eugenik 1919 Bd. V Heft 1; ferner „Über die Fruchtabtreibung. Ihre volkshygienische Bedeutung und die Mittel zu ihrer Bekämpfung", Berl. Klin. Wochenschr. 1921 S. 357 ff.

[2]) In Sowjetrußland werden den Schwangeren und Wöchnerinnen erhebliche Geldunterstützungen gewährt. Wenn eine Schwangere trotzdem die Fruchtabtreibung wünscht, so wird dies gestattet, wofern die Operation in bestimmten Krankenhäusern vom Amtsarzte ausgeführt wird. Diese Bestimmungen sollen sich, wie berichtet wird, bewährt haben. (Siehe den Aufsatz „Zur Frage der Fruchtabtreibung an Gesunden", Ärztliches Vereinsblatt vom 21. Juli 1924 Sp. 244 ff.) Aber gegenüber Berichten über Sowjetrußland — sie mögen günstig oder ungünstig lauten — ist vorläufig große Vorsicht geboten, weil hierbei gewöhnlich parteipolitische Vorurteile eine große Rolle spielen

nis- und Austragefähigkeit zu verhüten, sowie durch die Stillmöglichkeit die Stilltätigkeit zu fördern und eine zu rasche Schwangerschaftsfolge hintanzuhalten.

Ob es überhaupt äußere, namentlich geldliche Mittel gibt, bei einem ganzen Volke den verminderten Willen zur Fortpflanzung wieder zu stärken, erscheint nach den Erfahrungen im alten Rom und den späteren mit dem spanischen Edikt[1]) aus dem Jahre 1632 sowie vor allem mit dem Colbertschen Edikt[1]) vom Jahre 1666 und schließlich mit den neueren französischen[2]) Einrichtungen sehr zweifelhaft. Immerhin sei erwähnt, daß unter anderen Grotjahn eine wirkungsvolle Elternschaftsversicherung, welche die durch die Kinderzahl entstehende ungleiche Belastung der einzelnen Familien ausgleichen soll, fordert. Daß hier, wenn ein genügender Einfluß überhaupt ausgeübt werden soll, ganz umfassende Neueinrichtungen erforderlich sind, ist sicher. Darum schrieb M. v. Gruber im Jahre 1916:

„Die Bekämpfung des willkürlichen Geburtenrückganges kann nicht gelingen ohne Änderungen in der Verteilung des Nationaleinkommens. Die dauernde Sicherstellung eines nach Zahl und Güte den Lebensbedürfnissen von Staat und Volk genügenden Nachwuchses ist ohne an die Wurzel greifende gesetzliche Eingriffe in die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des ganzen Volkes, aller Klassen, der einzelnen wie der Familien, nicht zu erreichen. Mittelchen sind gegenüber einer Aufgabe von dieser Größe nutzlos!“

Ob Gruber auch heute noch diese Forderungen aussprechen würde, ist zweifelhaft, wie es ja auch ungewiß ist, ob im Hinblick auf den nicht festgestellten Umfang des Geburtenrückganges selbst nach einem gewonnenen Kriege so umfassende Maßnahmen, wie sie in den eben erwähnten Vorschlägen als erforderlich bezeichnet wurden, von den gesetzgebenden Körperschaften gebilligt worden wären; sicher aber ist, daß im Deutschen Reich bei der gegenwärtigen Schuldenlast und den ungeheuren Schwierigkeiten, hinreichend für die Gesundheit der vorhandenen Menschen zu sorgen, auf gewaltige Einkommenumwälzungen im Interesse späterer Generationen für absehbare Zeiten nicht zu rechnen ist.

β) Maßnahmen zur Verhütung von Keimschädigungen.

Da zur Verhütung des Geburtenrückganges großzügige geldliche Aufwendungen kaum zu erwarten sind, so muß man alle sonst in Betracht kommenden Mittel, moralische Einflüsse sowie medizinische und hygienische Maßnahmen, benutzen. Vor allem wird man darauf bedacht sein müssen, die Güte der Rasse zu verbessern. Da muß nun zunächst für die Verhütung von Keimschädigungen gesorgt sein.

Wir haben auf die Gefahr der Inzucht hingewiesen. Um diese zu verhindern, hat man seit langen Zeiten die Ehe zwischen Blutsverwandten verboten.

Nach § 1310 des BGB. darf eine Ehe insbesondere zwischen Verwandten in gerader Linie sowie zwischen vollbürtigen oder halbbürtigen Geschwistern nicht geschlossen werden. Das deutsche Gesetz gestattet jedoch die Ehe mit dem Kinde eines Bruders oder einer Schwester, sowie zwischen Geschwisterkindern, obwohl dem geschlechtlichen Verkehr zwischen so nahen Blutsverwandten nur zu oft körperlich oder geistig minderwertige Kinder entstammen. Dagegen verbietet unsere Gesetzgebung die Ehe zwischen Personen, die in gerader Linie verschwägert sind (also die Ehe mit der Schwiegertochter oder mit der Stieftochter), wofür ein rassehygienischer Anlaß nicht vorliegt.

Im Anschluß hieran sei daran erinnert, daß die deutsche Gesetzgebung die Ehe zu junger Personen zu verhindern trachtet. Nach § 1303 des BGB. darf ein Mann nicht vor Eintritt der

---

[1]) Siehe L. Elster: „Bevölkerungslehre u. Bevölkerungspolitik“, Abh. i. Handw. d. Staatsw. 3. Aufl. Bd. 2, Jena 1908.

[2]) Siehe „Année sociale internationale“, 4me année, Reims 1914.

Volljährigkeit, eine Frau nicht vor Vollendung des 16. Lebensjahres eine Ehe eingehen; einer Frau kann aber Befreiung von dieser Vorschrift bewilligt werden. Eine Verschiebung der Altersgrenzen für weibliche Personen auf mindestens 18 Jahre ist durchaus notwendig.

Es wurde oben bereits betont, daß Keimschädigungen häufig durch Gifte erzeugt werden, und zwar sowohl durch Bakteriengifte, wie bei der Syphilis und wahrscheinlich bei der Tuberkulose, als auch durch Alkohol und gewerbliche Gifte (Blei, Nikotin u. a. m.). Gegen diese Wirkungen muß das ganze Rüstzeug der sozialen und gewerblichen Hygiene, worauf wir in den betreffenden Abschnitten zu sprechen kommen, angewandt werden.

Hingewiesen sei jedoch schon an dieser Stelle, daß zur Verhütung von Keimschädigungen die Eheschließung zwischen solchen Personen, von denen der eine oder beide mit vererbbaren Krankheiten erheblicher Art behaftet sind, zu unterbleiben hat, und daß zur Erreichung dieses Zieles die ärztliche Untersuchung der Ehekandidaten und -kandidatinnen erfolgen muß, was sogleich noch näher erörtert werden wird.

γ) Verhütung der Fortpflanzung von Minderwertigen.

Der zeitgemäß gesinnte Hygieniker wird jeder Person nicht nur das Recht zu leben (was selbstverständlich ist), sondern auch das Recht auf Gesundheit gewahrt wissen wollen. Aber man kann unmöglich allen, also auch den Minderwertigsten, das Recht, Leben zu geben, bewilligen, da man dann mit einer an die Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit der Nachkommenschaft jener Unglückseligen von vornherein das Recht auf Gesundheit raubt. Daß hier im Hinblick auf die noch unzureichend ausgebaute, auf den Menschen anwendbare Vererbungswissenschaft, worüber wir oben gesprochen haben, äußerst schwierige Fragen auftauchen, ist ohne weiteres zuzugeben. Aber wenn man die Stammbäume gewisser Trinker-, Geisteskranken- und Verbrecherfamilien betrachtet, wird man überzeugt sein, daß das bisherige laisser aller, laisser faire eine Unterlassungssünde an der Volksgesundheit, dem Volkswohl und dem Volksvermögen darstellt.

Das sicherste Mittel, um die Fortpflanzung von gefährlichen Personen auszuschließen, besteht naturgemäß darin, daß man ihre Zeugungsfähigkeit operativ[1]) tilgt. In Nordamerika und in der Schweiz hat man bei Verbrechern und Geisteskranken die Vasektomie bezw. die Tubenresektion ausgeführt und mit diesem Verfahren zugleich auf das Befinden der Kastrierten günstig eingewirkt. Doch stehen dieser Maßnahme auch Bedenken gegenüber, so daß ein entsprechendes Gesetz[2]) vorläufig wohl nicht zu erwarten ist. K. Bonhoefer[3]) hat sich kürzlich hierzu folgendermaßen geäußert:

„Der Umkreis der Erkrankungen und krankhaften Zustände, bei denen heute schon mit erheblicher Wahrscheinlichkeit gesagt werden kann, daß die Vererbung der Erkrankung an die Descendenten zu erwarten ist, ist gering .... Eine nennenswerte praktische Bedeutung in eugenischer Hinsicht kommt bei der Beschränkung auf die hier genannte Indication der Unfruchtbarmachung nicht zu .... Selbst wenn der Staat weitergehend sich entschließen sollte, generell die in Anstalten befindlichen Schizophrenen und geistig Defekten unfruchtbar zu machen, auf die Gefahr hin, gesunde Erbmasse in größerem Umfange mit zu vernichten, würde es sehr zweifelhaft sein, ob wirklich eine irgendwie erheblich ins Gewicht fallende Herabminderung der entsprechenden Krankheitskategorien erzielt werden würde, da die außerhalb der Anstalten befindlichen, leicht Schizophrenen, Debilen, Psychopathen, erheblich größer an Zahl sind."

[1]) Siehe Max Marcuse: „Kastration", Art. i. Handw. d. Sexualwissensch., Bonn 1923. — Betreffs der juristischen Stellung zur Kastration sei auf E. Wilhelm: „Rassehygiene", Arch. f. soz. Hyg. 1914 Bd. 9 S. 328, hingewiesen.

[2]) Nach der D. m. W. v. 25. Juli 1924 hat das sächsische Ministerium soeben einen solchen Gesetzentwurf dem Reichsministerium unterbreitet. (Vgl. S. 412.)

[3]) K. Bonhoefer: „Die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen", Klin. Wochenschr. 1924 Nr. 18.

Unbedenklicher wäre die Asylierung[1]; aber daß sie ohne gesetzlichen Zwang allgemein erreichbar sein wird, ist kaum zu erwarten.

In einigen amerikanischen Staaten hat man bereits vor vielen Jahren, als die ersten rassehygienischen Ergebnisse bekannt wurden, die Eheverbote für gewohnheitsmäßige Verbrecher, Trinker, Epileptiker sowie Geistes-, Nerven- und Geschlechtskranke eingeführt. In Schweden, wo schon seit dem Jahre 1757 bei ausgesprochener Fallsucht die Eheschließung gesetzlich untersagt war, hat man im Jahre 1915 ein Gesetz geschaffen, das Geisteskranken, Geistesschwachen, Fallsüchtigen und Geschlechtskranken die Eheschließung verbietet. Aber Erfolge wurden mit diesen Gesetzen nicht erreicht, weil die Bevölkerung die rassehygienische Bedeutung dieser Maßnahmen noch nicht erfaßt hat, und der Standesbeamte, der nur auf die Angaben der Ehekandidaten angewiesen ist, keinen Maßstab für eine etwa erforderliche Ablehnung des Gesuches um standesamtliche Trauung besitzt.

Unter diesen Umständen, die auch bei uns obwalten, kann man zurzeit nichts anderes unternehmen, als die Bevölkerung über die Bedeutung der ärztlichen Untersuchung vor der Eheschließung aufzuklären und jeweils beiden Verlobten dringend zu raten, die vom Arzt erhaltenen Zeugnisse auszutauschen und entsprechend zu handeln.

Die Berliner Gesellschaft für Rassehygiene hat im Jahre 1917 eine Tagung[2]) veranstaltet, welche sich mit den Fragen des gesetzlichen Austausches von Gesundheitszeugnissen vor der Eheschließung und rassehygienischer Eheverbote eingehend befaßte. Die Eheverbote wurden allgemein als undurchführbar bezeichnet. Selbst der Zwang, sich ärztlich untersuchen zu lassen, gilt als unerreichbar. Wohl aber wurde erkannt, daß, wenn man auch nicht alle rasseschädlichen Verheiratungen verhindern kann, doch auf dem Wege der Aufklärung und der freien Entschließung manche Gefahr für die Nachkommenschaft sich beseitigen läßt. Diesem Zwecke dient eine Bestimmung, die das am 11. Juni 1920 vom Reichstag verabschiedete Gesetz über den Personenstand (RGBl. S. 1209) enthält; sie lautet:

„Der Standesbeamte soll den Verlobten und denjenigen, deren Einwilligung nach dem Gesetz erforderlich ist, vor Anordnung des Aufgebots ein Merkblatt aushändigen, in welchem auf die Wichtigkeit einer ärztlichen Beratung vor der Eheschließung hingewiesen wird. Den Wortlaut des Merkblattes bestimmt das Reichsgesundheitsamt."

Vor drei Jahren ist das von dem genannten Amt verfaßte Merkblatt für Eheschließende erschienen und wird in ganz Deutschland allen, die sich aufbieten lassen, kostenlos überreicht.

Das Merkblatt legt in eindringlichen Worten die Notwendigkeit der ärztlichen Untersuchung dar und mahnt dazu, daß die Brautleute sich von dem Ergebnis der ärztlichen Befragung unterrichten, bevor sie den endgültigen Entschluß zur Verehelichung fassen. Zugleich weist das Merkblatt darauf hin, daß nach den §§ 1333 und 1334 des BGB. eine Ehe für nichtig erklärt werden kann, wenn einer von beiden Teilen bei der Eheschließung nicht hinreichend über die Persönlichkeit und die entscheidenden Eigenschaften des anderen unterrichtet war, und daß derjenige, der den anderen schuldhaft ansteckt, sich nach § 823 schadenersatzpflichtig macht, ja sogar sich der Gefahr strafrechtlicher Verfolgung aussetzt.

Leider scheint die Wirkung dieses trefflichen Merkblattes nicht sehr groß zu sein; wenigstens hat man bis jetzt nicht das geringste davon gehört, ob und in welchem Umfange die Ratschläge des Merkblattes befolgt wurden. Der Zeitpunkt, in dem es den Braut-

[1]) Auf Grund einer 1923 veröffentlichten Angabe, wonach dem Reichstag der Entwurf eines Verwahrungsgesetzes zugeleitet werden wird, habe ich mich bei der zuständigen Stelle erkundigt; der Direktor beim Reichstag teilte mir am 25. Juni 1924 mit, daß der Entwurf eines solchen Gesetzes dem Reichstag noch nicht vorliegt.

[2]) Siehe „Über den gesetzlichen Austausch von Gesundheitszeugnissen vor der Eheschließung u. rassehygienische Eheverbote", herausg. v. d. Berl. Gesellsch. f. Rassehyg., München 1917.

leuten übermittelt wird, ist offenbar zu spät, als daß die Mahnungen einen Einfluß ausüben könnten. Wenn alle Vorbereitungen für die Ehe getroffen sind, wird ein Brautpaar sich nicht leicht aus rassehygienischen Gründen trennen. Dazu kommt, daß von den Erstgeborenen, die in den großen Städten ehelich geboren wurden, etwa die Hälfte aus vorehelichen Schwängerungen stammt; in weiten Kreisen namentlich der großstädtischen Arbeiterbevölkerung herrscht die Neigung vor, die Ehe erst dann einzugehen, wenn man die Folgen des vorehelichen Geschlechtsverkehrs erkannt hat.

δ) Förderung der Fortpflanzung besonders tüchtiger Personen.

Die Förderung der Fortpflanzung besonders tüchtiger Menschen wird als das Hauptziel der Rassehygiene bezeichnet. Auf diese Auslesewirkung werden große Hoffnungen gesetzt. Es wird ferner betont, daß die quantitative Bevölkerungspolitik die Qualität nicht beeinträchtigen darf, und daß, nach einem von Rassehygienikern oft gebrauchten Ausdruck die „Verpöbelung“ verhütet werden muß. In den letzten Jahren vor dem Kriege ist aber der Geburtenrückgang ganz besonders in den Kreisen des Mittelstandes, der Beamten und überhaupt der Geistesarbeiter, also gerade jener Schichten, die gegenüber der großen Volksmasse sich durch eine bessere geistige Veranlagung auszeichnen, zutage getreten. Darum sucht man jetzt durch Gehaltszuschüsse, welche kinderreichen Beamten gewährt werden, in diesen Reihen die Furcht vor dem Familienzuwachs zu bannen. In welchem Umfange die gegenwärtig zu diesem Zwecke aufgewandten Geldmittel von Erfolg begleitet sein werden, muß freilich erst die Statistik dartun.

Hinderlich für die Kindererzeugung in den gebildeten Kreisen war auch das für die Beamtinnen erlassene Heiratsverbot. Eine Verordnung des Reichsministeriums des Innern vom 3. September 1920 schreibt nun vor, daß alle Bestimmungen, wonach Beamtinnen mit ihrer Verheiratung ihr Amt aufgeben müssen, aufzuheben sind. Es wird ferner angeordnet, daß die verheiratete Beamtin zwei Wochen vor und vier Wochen nach der Niederkunft nicht beschäftigt werden darf, vom Nachtdienst drei Monate vor und sechs Monate nach der Entbindung zu befreien ist, und daß bei der Dienstregelung auf die Stillpflicht der Beamtin Rücksicht genommen wird.

Aber die Bestrebungen, mit welchen man die Qualität des Nachwuchses zu verbessern sucht, sind keineswegs auf die Kreise der Geistesarbeiter beschränkt. Schon seit langer Zeit will man einen neuen Bauernstand heranzüchten und hierfür gesunde Menschen aus allen Schichten heranziehen. Mannigfache Siedlungseinrichtungen wurden hierfür geschaffen, unter denen vor dem Kriege diejenigen der preußischen Ansiedlungskommissionen in polnischen Gebieten am umfangreichsten waren. Daß hiermit so große rassehygienische Erfolge, wie den aufgewandten Geldmitteln nach erwartet wurde, erzielt worden sind, wird wohl jetzt keiner der früheren Befürworter dieser Politik mehr behaupten. M. v. Gruber, der seit langer Zeit aus rassehygienischen Gründen für die Innenkolonisation lebhaft eingetreten ist, hat sich hierüber im Mai 1921 folgendermaßen geäußert:

„Heute ist ja ausgedehnte Neuansiedlung von Klein- und Mittelbauern noch nicht möglich: Sie wäre der größte Fehler, solange die Ernährung unserer Großstädte nicht besser gesichert ist; sobald aber diese Sicherung erreicht ist, muß jene kraftvoll betrieben werden, da sie meines Erachtens das Wirksamste ist, was zur Erhaltung unseres Volkes geschehen kann. Gerade wegen ihrer ungeheuren völkischen Wichtigkeit müßten bei der Siedlung die rassehygienischen Gesichtspunkte streng beachtet, müßte die sorgfältigste Auslese getrieben werden, so daß nur körperlich und geistig gesunde, tüchtige und leistungsfähige Paare mit dem kostbaren Landbesitz bedacht werden.“

Neuerdings schlägt Gruber die Gründung von Familienbünden zur Sicherung einer besseren Gattenwahl vor.

Diese Bünde dürften natürlich nicht engherzig sein, wenn auch der Grad der Bildung gewisse Schranken setzen muß. Die Bünde müßten durchaus bereit sein, auch Emporkömmlinge, wenn sie nur selbst tüchtig und aus sittlich tüchtigem Stamm hervorgegangen sind, aufzunehmen. Diese Familienbünde müßten das höchste Augenmerk auf das sittliche Verhalten ihrer Angehörigen richten, vor allem auch zum Schutz ihrer Nachkommenschaft auf die Krebsschäden der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus usw.; sie müßten unerbittlich Mißratene und minderwertig Gewordene ausschließen, auch wenn sie die besten Ahnen aufweisen. Auf diese Weise ließe sich ein neuer Adel schaffen, der immer jung und leistungsfähig bliebe, der nichts Untüchtiges in sich duldete und darum immer würdig bliebe; ein Adel, dem dann die Führung des Volksganzen von selbst unbedingt zufallen würde, ganz gleichgültig, welche Verfassung auf dem Papiere steht. Man kann nur wünschen, daß diese schönen Vorschläge sich verwirklichen lassen und nicht das Schicksal der obenerwähnten Ideale von Plato und Campanella finden.

* * *

Überblickt man die angeführten rassehygienischen Forschungsergebnisse, so wird man erkennen, daß die Antworten, die das „Schulmädel" von Kuhn gibt, noch mangelhaft sind. Insbesondere sind die Verbesserungsvorschläge, soweit sie nicht bekannte sozialhygienische Maßnahmen (Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus, Arbeiterschutz usw.) darstellen, teils noch dürftig, teils zum mindesten für absehbare Zeiten undurchführbar. A. Elster betont, indem er von den Forderungen Kuhns, die er als das zurzeit Erreichbare ansieht, ausgeht, daß der Weisheit letzter Schluß bei einem so tief eingreifenden Gebiet lautet: „Aufklärung der breiten Volksmassen, Hebung der Sittlichkeit und des Familienlebens, also der Appell an den Willen, an das Unsichtbare, Nichtgreifbare, durch ‚Maßnahmen' nicht Beeinflußbare."

Zum Schluß muß noch das Verhältnis der sozialhygienischen zu den rassehygienischen Bestrebungen kurz erörtert werden. Es ist leicht zu erkennen, daß die sozialhygienischen Maßnahmen[1]), mit denen man allen, also auch den Skrofulösen, Tuberkulösen, Rachitikern, Neuropathen usw., zu helfen sucht, der Rasseverbesserung nicht nur nicht dienlich, sondern gefährlich sind. Von vielen Rassehygienikern[2]) wurde insbesondere die Frage aufgeworfen, inwieweit die Sozialversicherung, die auch den Schwachen verhilft, sich fortzupflanzen, eine wünschenswerte Auslese vereitelt. Lenz betont: „Es ist die große Schicksalsfrage unserer Rasse und Kultur, ob die Urteilsfähigkeit unserer Zeitgenossen noch ausreicht, den herrschenden Vorurteilen von der Allmacht der Umwelt entgegen die notwendige Umstellung unserer Lebensauffassung und aller unserer Einrichtungen durchzusetzen oder nicht." Hierzu ist zu bemerken, daß allerdings, wie wir ja oben nachdrücklich dargelegt haben, die Gunst der Umwelt nicht das einzige ist, was erstrebt werden muß, und daß auf die Bedeutung der Erbanlagen seitens der Hygieniker in Zukunft ein weit größeres Gewicht zu legen ist, als bisher. Aber es ist hier noch folgendes hervorzuheben: Zunächst hat Schallmayer stets ausgeführt, daß „das Interesse für erbliche Rassetüchtigkeit natürlich nicht beanspruchen kann, für unser ganzes Tun und Lassen unbedingt maßgebend zu sein, ohne jede Rücksicht auf die uns viel direkter berührenden sozialen und individuellen Interessen". Dann aber wird man unseren obigen

[1]) Schon Spencer hat darauf hingewiesen, daß die Beseitigung ungünstigerer Einflüsse die Zahl der Schwächeren vermehrt und dadurch die Rasse verschlechtert. (Siehe Herbert Spencer: „Einleitung in das Studium der Soziologie", deutsche Übersetzung von H. Marquardsen, Leipzig 1875, Teil 2 S. 175 ff.)

[2]) Siehe Paulsen: „Die Herrschaft der Schwachen und der Schutz der Starken in Deutschland", Arch. f. Rass.- u. Gesellsch.-Biolog. 1914 Jahrg. 11 Heft 1 u. 2; ferner A. Bluhm: „Die soziale Versicherung im Lichte der Rassenhygiene", ebenda 1916 Jahrg. 12 Heft 1.

Darlegungen entnommen haben, daß die uns gegenwärtig zur Verfügung stehenden Maßnahmen, von denen rassehygienische Erfolge zu erwarten sind, fast ausnahmslos dem Gebiet der sozialen Hygiene angehören. Sicherlich muß dahin gestrebt werden, die Nachkommenschaft vor ererbten Schädigungen zu bewahren, da ein Materialfehler beim Menschen noch weniger als bei einer Maschine zu beseitigen ist. Aber andererseits wäre es ein unverzeilicher Mißgriff, wenn wir unsere sozialhygienischen Einrichtungen[1]), deren ja oft auch die Rassetüchtigsten bedürfen, um das fortpflanzungsfähige Alter zu erreichen, nicht noch erheblich erweitern, sondern vielleicht gar abbauen würden. Auf die Frage: Rassehygiene oder soziale Hygiene? kann die Antwort nur lauten: Rassehygiene und soziale Hygiene.

Literatur: *1.* **E. Baur, E. Fischer, F. Lenz:** *„Grundriß der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“, München 1921. — 2.* **E. Bumm:** *„Über das deutsche Bevölkerungsproblem“, Berlin 1917. — 3.* **Christian:** *„Die Rassenhygiene in der Gesittung, Gesetzgebung und Politik“, Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. Bd. 17 Heft 2, Berlin 1923. — 4.* **A. Damaschke:** *„Der Neuaufbau der deutschen Familie und die Wohnungsfrage (Kriegerheimstätten)“, Darmstadt 1917. — 5.* **A. Elster:** *„Sozialbiologie, Bevölkerungswissenschaft und Gesellschaftshygiene“, Berlin 1923. — 6.* **E. Fischer:** *„Sozialanthropologie“, Art. im Handw. d. Naturwissensch. Bd. 9, Jena 1913. — 7.* **Grotjahn:** *a) „Soziale Hygiene und Entartungsproblem“, Weyls Handb. d. Hyg. IV. Suppl.-Bd., Jena 1904; b) „Soziale Hygiene, Geburtenrückgang und das Problem der körperlichen Entartung“, Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl., Ergänzungsbd. 2. Abt., Leipzig 1918; c) „Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene“, 2. Aufl., Sozialhyg. Abhandl. Nr. 3, Karlsruhe 1922; d) „Soziale Pathologie“, 3. Aufl., Berlin 1923; e) „Über Regeln zur menschlichen Fortpflanzung“, Abhandl. in Nr. 4 der Monograph. z. Frauenkunde u. Eugenetik, Leipzig 1923. — 8.* **M. v. Gruber:** *a) „Führt die Hygiene zur Entartung der Rasse?“, Stuttgart 1904; b) gemeinsam mit Rüdin: „Fortpflanzung, Vererbung, Rassenhygiene“, München 1911; c) „Die Bedeutung des Geburtenrückganges für die Gesundheit des deutschen Volkes“, Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1914 Heft 1. — d) „Hebung der Rasse“, Schriften der Zentralstelle f. Volkswohlfahrt, Heft 12 d. neuen Folge, Berlin 1916; e) „Rassenhygiene, die wichtigste Aufgabe völkischer Innenpolitik“, Deutschlands Erneuerung, 2. Jahrg. Heft 1, München 1918; f) „Die Erblichkeitsforschung und ihre Auswirkung im sozialen Leben“, Bericht d. Verhandl. d. Bevölkerungspolit. Kongress. d. Stadt Köln 1921. — 9.* **H. W. Gruhle:** *„Die Ursachen der jugendlichen Verwahrlosung und Kriminalität, Studien zur Frage: Milieu oder Anlage“, Berlin 1912. — 10.* **G. v. Hoffmann:** *„Die Rassenhygiene in den Vereinigten Staaten von Nordamerika“, München 1913. — 11.* **J. Jörger:** *„Die Familie Zero“, Arch. f. Rass.- u. Gesellsch.-Biologie 1905 Heft 4. — 12.* **J. Kaup:** *„Volkshygiene oder selektive Rassenhygiene“, Leipzig 1922. — 13.* **Ph. Kuhn:** *a) „Über amtliche Heiratsvermittlung“, Öffentl. Gesundheitspfl. 1919, Juliheft; b) „Gedenke, daß du ein deutscher Ahnherr bist!“, 2. Aufl. Dresden 1921; c) Siehe die Fußnote 1 S. 200. — 14.* **F. Lenz:** *„Rassenhygiene“, Abh. im Handb. d. Hyg. Bd. 4 Abt. 3, Leipzig 1923. — 15.* **Fr. Martius:** *„Die Bedeutung der Vererbung für Krankheitsentstehung und Rassenerhaltung“, Arch. f. Rass.- u. Gesellsch.-Biolog. 1910 S. 470 ff. — 16.* **W. Öttinger:** *„Die Rassenhygiene und ihre wissenschaftlichen Grundlagen“, Berlin 1914. — 17.* **A. Plötz:** *a) „Grundlinien einer Rassenhygiene, I. Teil: Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen“, Berlin 1895; b) „Sozialanthropologie“, Abh. in „Die Kultur der Gegenwart“, Teil 3 Abt. 5, Leipzig 1923. — 18.* **W. Schallmayer:** *a) „Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit und die Verstaatlichung des ärztlichen Standes“, Berlin 1891; b) „Kultur und Entartung“, Sozial. Med. u. Hyg. 1906 Bd. 1 Nr. 9 u. 10; c) „Einführung in die Rassehygiene“, Ergebnisse d. Hygiene, Bakter., Immunitätsforsch. u. exper. Therap., Berlin 1917, Bd. II; d) „Vererbung und Auslese“, 3. Aufl., Jena 1918. — 19.* **Fr. Schütz:** *„Soziale Hygiene und Rassenhygiene“, Deutsch. med. Wochenschr. 1922 Nr. 34. — 20.* **H. W. Siemens:** *a) „Biologische Terminologie und rassenhygienische Propaganda“, Arch. f. Rass. u. Gesellsch.-Biolog. 1917 Bd. 12 Heft 3 u. 4; b) „Über das Erfindergeschlecht Siemens“, ebenda 1917, Bd. 12 Heft 2. — 21.* **W. Weinberg:** *„Vererbung“, Abh. im Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 22.* **Westenhöfer:** *„Die Aufgaben der Rassenhygiene (des Nachkommenschutzes) im neuen Deutschland“, Veröffentl a. d. Geb. d. Medizinalverw. 1920 Bd. 10 Heft 2.*

---

[1]) Bemerkungen, wie die des Rassehygienikers H. W. Siemens, daß dem Schutze des Paratypus „durch zahllose Maßnahmen der inneren Politik bereits in weitgehendstem Maße Beachtung geschenkt wird“, sind ganz unangebracht.

III. Sozialhygienische Zustände einzelner Personenklassen.

In den vorangegangenen Abschnitten haben wir uns mit den Hauptbestandteilen der sozialen Hygiene befaßt, ohne daß wir hierbei die Eigenart einzelner Personenklassen besonders berücksichtigen konnten. Um jedoch einen tieferen Einblick in die sozialhygienischen Zustände zu gewinnen, müssen wir uns zunächst noch mit den Gesundheitsverhältnissen von manchen nach Alter bezw. Beruf zu gliedernden Volksgruppen beschäftigen.

A. Altersklassen.

Naturgemäß wäre es, wenn wir uns zunächst der jüngsten Altersklasse zuwenden würden. Da aber die sozialhygienischen Zustände der Säuglinge von der kulturellen Lage, in der sich die Mütter befinden, entscheidend beeinflußt werden, so beginnen wir mit dieser Personengruppe.

1. Mütter.

Von den Müttern war in den vorangegangenen Abschnitten schon vielfach die Rede; es sei namentlich auf die Angaben über das Alter der Niedergekommenen (S. 50), über die Geburtenfolge (S. 51), über die Arbeit verheirateter Frauen (S. 72) und über den Einfluß der Arbeit auf die Austragefähigkeit (S. 207 u. 208) hingewiesen. Wir müssen uns nun aber noch eingehender mit den kulturellen Umwelteinflüssen, welche auf die Gesundheitsverhältnisse der Mütter einwirken, befassen.

Die physische Möglichkeit, Mutter zu werden, ist (von Krankheitszuständen abgesehen) für jede weibliche Person vom Beginn der Geschlechtsreife an bis zum Aufhören der Regeln gegeben; die Mütter stellen daher eine abgrenzbare Altersklasse dar.

Hinsichtlich des Auftretens der ersten Menstruation wie auch des Klimakteriums wurden allerdings bei den einzelnen Völkern bezw. bei den verschiedenartigen sozialen Schichten ein und desselben Volkes ziemlich große Unterschiede beobachtet. Nach Angabe von G. Buschan[1]) zeigt sich die erste Menstruation in den Niederlanden (und ähnlich in Rußland) bei den Töchtern aus den höheren Ständen mit 13, aus den mittleren Ständen mit 14 und aus dem Bauernstand mit 16 Jahren. Ob es hierbei auf die wirtschaftliche Lage oder auf die geistige Tätigkeit ankommt, ist zweifelhaft; wahrscheinlich machen sich beide Ursachen geltend. Daß aber auch die Rasse einen starken Einfluß ausübt, geht aus folgenden Tatsachen hervor: Die ersten Regeln treten auf bei Schwedinnen mit 18, bei Ungarinnen mit 15 bis 16, bei Polinnen, Engländerinnen, Französinnen, Jüdinnen mit 14 bis 15, bei Südfranzösinnen mit 13 bis 14, bei Südtirolerinnen mit 13, bei Spanierinnen mit 12 und bei Deutschen (Mittel von 10500 Frauen) mit 15,7 Jahren. — Bei den deutschen Frauen hören die Regeln (durchschnittlich) im Alter von 47,26 Jahren auf; dieser Zeitpunkt trifft allgemein für Mitteleuropa zu. Bei Chinesinnen und Eskimofrauen beginnt das Klimakterium schon mit 40, bei Javanerinnen und Türkinnen bereits mit 30 bis 35 Jahren. Die sozialen Verhältnisse, die Zahl der vorangegangenen Niederkünfte sowie der Beginn der Regeln sollen ohne Einfluß auf das frühe oder späte Eintreten der Wechseljahre sein.

a) Körperliche und seelische Veränderungen infolge der Mutterschaft.

Von Gynäkologen und Physiologen wurde gezeigt, daß bei der Menstruation toxische Stoffe ausgeschieden werden; im Menstrualblut wurden Jod und Arsen nachgewiesen. Man wird sich daher vorstellen können, daß diese Toxine in den letzten Tagen vor der

[1]) Georg Buschan: „Menschenkunde", 92.—95. Tausend, Stuttgart 1923.

Periode oder beim Ausbleiben der Regeln (Schwangerschaft, Amenorrhoe) das körperliche und seelische Befinden beeinflussen. Die Entbindung greift namentlich wegen der mit ihr verbundenen Anstrengung und des Blutverlustes den Körper außerordentlich stark an.

Die Einflüsse der Regeln, der Schwangerschaft und des Wochenbettes hat der Gynäkologe Bossi mittels des Ergographen von Mosso untersucht; er hat hierbei ähnliche Erscheinungen festgestellt, wie wir sie oben (S. 177) bei der Ermüdung, die ja auch auf der Ansammlung von Toxinen beruht, kennen gelernt haben. Nach Bossi ist die Muskelkraft unmittelbar vor der Menstruation, während der Schwangerschaft an den Tagen, an welchen die Periode sonst zu erwarten wäre (physiologische Krisen der Schwangerschaft), besonders aber während der Geburt und der ersten Tage des Wochenbettes erheblich herabgesetzt.

Den mit den Fortpflanzungsvorgängen verbundenen Stoffverbrauch der Frau hat R. Lewinsohn auf Grund der Angaben von Sellheim 1923 folgendermaßen berechnet:

„Der Verlust durch Menstruation (12 mal etwa 170 g Blut usw. = etwa 2 kg im Jahre) während der ganzen Zeit der Gebärtüchtigkeit mehr als 50 kg; die Zunahme in der Schwangerschaft und Verlust unter der Geburt 6 kg (Kind: 3 kg, Nachgeburtsteile 1 kg, Reduktion der Gebärmutter 1 kg, Blutverlust 1 kg); Laktation schafft Nährmaterial für Zunahme des Kindes = 6 kg in einem Jahre. Die Frau verdoppelt also ihr Eigengewicht durch Menstruation von 18 bis 45 Jahren (von 50 auf mehr als 100 kg). Die Frau verdreifacht ihr Eigengewicht vom 18. bis 45. Lebensjahre durch 6 Geburten und Laktationen sowie dazwischen liegende Menstruationen."

Kürzlich hat Sellheim sich darüber geäußert, wie die Kultur auf die Mutterschaftsleistungen einwirkt; er gelangte zu dem Ergebnis, „daß durch die Kultur, d. h. soweit sie Entfernung von der Natur bedeutet, Schwangerschaft, Geburt, Stillgeschäft, ja die ganze Kinderaufzucht für die Frau zu Belastungen geworden sind, die in der Tat ans Übermäßige und ans Krankhafte grenzen, ja vielleicht zum Teil schon als krankmachender Faktor oder als Krankheit bewertet werden müssen."

Bei zahlreichen Frauen wird auch das seelische Verhalten infolge der Mutterschaft stark verändert. Moll, der sich mit diesen Erscheinungen eingehend befaßt hat, bezeichnet als das hervorragendste Merkmal, von dem das gesamte Seelenleben der jungen Mutter beeinflußt wird, die Besorgtheit um das Neugeborene. Diese nimmt häufig solche Grade an, daß man fast von einer Angstneurose sprechen kann. Nicht zu verwechseln sind diese Zustände, die von Moll als Maternitätsneurosen bezeichnet werden, mit den schweren Psychosen, den sogenannten Laktationspsychosen, die häufig unter dem Bilde der Melancholie oder Verwirrtheit verlaufen. Die hier in Rede stehenden seelischen Veränderungen sind zwar keineswegs immer so geartet, daß sie das Allgemeinbefinden stark beeinträchtigen; Andeutungen fand Moll aber bei fast allen Müttern. „Ebenso wie das Seelenleben", schreibt Moll, „in der Pubertät oder im Klimakterium ganz charakteristische Veränderungen erfährt, die wir als physiologisch auffassen, ebenso treten psychische Veränderungen nach der Entbindung in charakteristischer Weise hervor und finden sich naturgemäß bei allen Frauen. Die Besorgtheit um das Kind sowie das Glücksgefühl der Mutter beherrschen das gesamte Innenleben in solchem Maße, daß alle sonstigen Interessen in den Hintergrund treten."

Die körperlichen und seelischen Folgen, zu welchen die Fortpflanzungsvorgänge der Frau führen, müssen durch Ruhe, Pflege und insbesondere auch durch eine kräftige Ernährung ausgeglichen werden, um schwere Gesundheitsschäden zu verhüten.

b) Kulturelle Einflüsse auf die Gesundheitsverhältnisse der Mütter.

Die wirtschaftliche Lage, die allgemeine Kultur, die Gebräuche und Gesetze bei den einzelnen Völkern, die Sitten in den verschiedenartigen Gesellschaftsklassen üben tiefgreifende Einflüsse auf die Gesundheitsverhältnisse der Mütter aus.

Schon von dem Zeitpunkt an, wo die Schwangerschaft festgestellt ist, muß eine diesen Zustand berücksichtigende Lebensweise geführt werden. Aber hierauf kann nur die junge Frau aus den Kreisen der Begüterten bedacht sein. Die Schwangeren, die dem Mittelstand oder gar den unteren gewerblichen oder landwirtschaftlichen Ständen angehören, müssen zumeist bis nahe an die Niederkunft heran ihre Arbeiten in oder außerhalb der Häuslichkeit verrichten. Der Unterschied zwischen der Tätigkeit der „Nur"-Hausfrauen und der Lohnarbeit ist hierbei wohl nicht so bedeutungsvoll; es kommt vielmehr hauptsächlich darauf an, ob die Schwangere sich der erforderlichen Ruhe und Pflege hingeben kann oder nicht.

Nachgewiesen wurde der schädliche Einfluß der Erwerbstätigkeit während der Schwangerschaft insbesondere bei Arbeiterinnen, die mit giftigen Stoffen (Blei, Nikotin usw.) beschäftigt waren. Auf 100 Wochenbetten bei Metallpoliererinnen, die Pflichtmitglieder der Leipziger Ortskrankenkasse[1]) waren, entfielen 53,6 Fehl- und Frühgeburten; Rosenfeld[2]) hat an dem Zahlenstoff der österreichischen Krankenkassen festgestellt, daß auf je 100 Fabrikarbeiterinnen 0,14, dagegen auf 100 Tabakarbeiterinnen 0,27 Frühgeburten kamen. Sodann haben die französischen Gynäkologen Pinard[3]) und Bachimont[3]), ferner der Berliner Arzt Leppmann[4]) und neuerdings der Wiener Arzt Peller dargelegt, daß die Kinder derjenigen Frauen, die sich einige Wochen vor der Niederkunft der Arbeit enthielten, durchschnittlich mehr wogen als die Neugeborenen, deren Mütter bis kurz vor der Entbindung tätig waren. Issmer[5]) hat bereits 1889 festgestellt, daß die landwirtschaftlich tätigen Arbeiterinnen, die im Sommer nach der Ernte niederkamen, eine kürzere Schwangerschaftsdauer aufwiesen als die, welche im Winter entbunden wurden. In England fand George Reid[6]), daß in den Bezirken mit zahlreichen verheirateten Fabrikarbeiterinnen die Mißgeburten und Abnormitäten verhältnismäßig zweieinhalbmal so häufig vorkamen wie in den Bezirken, wo die Ziffer der verheirateten Arbeiterinnen gering war. In Böhmen beobachtete Pelc[6]), daß bei Frauen, die bis zum Ende der Schwangerschaft zur Arbeit gingen, frühzeitige Geburten, fehlerhafte Kindslage und Nabelschnurvorfälle die Folgen waren.

Besonders überzeugend wirkt der Nachweis von Peller, der sich auf 5500 Fälle einer Wiener Frauenklinik stützt. Die von ihm im Jahre 1914 veröffentlichten Zahlen über das Gewicht und die Größe der Neugeborenen geben wir in unseren Tafeln 49 und 50

---

[1]) Siehe „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung", Berlin 1910.

[2]) S. Rosenfeld: „Die Arbeiter in den österreichischen Tabakfabriken", Statist. Monatsschr. d. k. k. stat. Zentralkommission, N. F. 3. Jahrg. 1898.

[3]) Siehe „Premier congrès national de la mutualité maternelle", Compte-rendu general des travaux du congrès, Paris 1908. Pinard verglich die Kinder der Mütter, die von der Arbeit weg in die Entbindungsanstalt kommen, mit Früchten, die man vom grünenden Zweig bricht, und betonte: „On ne conserve pas les fruits verts." Sodann wies er darauf hin, daß kein Tierzüchter die trächtigen Kühe und Stuten arbeiten läßt, und er fragte, ob die Menschenkinder schlechter behandelt werden sollen als die Kälber und Fohlen.

[4]) Nach Angabe von Mayet (siehe Literatur S. 234 Ziffer 15 a).

[5]) Nach Angabe von Peller (siehe Literatur S. 234 Ziffer 17 b).

[6]) Nach Angabe von Mayet (siehe Literatur S. 234 Ziffer 15 b).

wieder. Seine Nachprüfungen an weiteren 3200 Fällen, über die er im Jahre 1922 berichtet hat, bestätigen die Richtigkeit der ersten Feststellungen.

Tafel 49.

Das Gewicht der Neugeborenen nach der sozialen Lage der Mütter.
Durchschnittsgewicht in Gramm.

Geschlecht	Klinik			Sanatorium
	Ledige Nicht-hausschwangere	Verheiratete	Ledige Haus-schwangere	
I geb. Knaben . .	3216	3306	3334	3376
I geb. Mädchen . .	3107	3104	3234	3237

(Nach S. Peller.)

Tafel 50.

Die Körpergröße der Neugeborenen nach der sozialen Lage der Mütter.
Durchschnittsgröße in Zentimeter.

Geschlecht	Nicht-Hausschwangere	Hausschwangere	Sanatorium
I geb. Knaben	49,92	50,37	51,29
I geb. Mädchen	49,32	49,91	50,68

(Nach S. Peller.)

Man entnimmt den Tafeln 49 und 50, daß im Durchschnitt die Kinder der Nichthausschwangeren, d. h. der Schwangeren, die bis nahe an die Niederkunft tätig waren, weniger wogen und kleiner waren, als die Neugeborenen der Hausschwangeren, die sich schon einige Wochen vor der Entbindung in der Frauenklinik aufhielten und dort nur mit ganz leichten Hausarbeiten beschäftigt wurden, und daß die günstigsten Ergebnisse die Kinder der Wohlhabenden, die im Sanatorium entbunden wurden, aufweisen. Hieraus ist zu schließen, daß die Früchte der Arbeitenden häufig nicht zur vollen Reife gelangen. Schon diese Tatsache allein zeigt mit aller Deutlichkeit, wie notwendig der Schwangerenschutz für die Frauen aus den minderbemittelten Volksschichten ist.

Ferner ist festgestellt worden, daß diejenigen Mütter, welche vorzeitig das Wochenbett[1]) verlassen, um früh die Arbeit wieder aufzunehmen, Gesundheitsschäden ausgesetzt sind. Die Gebärmutter mit ihren von der Niederkunft stammenden großen Wundflächen bildet sich zum normalen Umfang nur dann zurück, wenn dem Körper der jungen Mutter

[1]) Seit einer Reihe von Jahren lassen die Gynäkologen die Wöchnerinnen gewöhnlich schon wenige Tage nach der Niederkunft aufstehen; dies Verfahren darf man mit der vorzeitigen Wiederaufnahme der Arbeit seitens der jungen Mütter nicht verwechseln.

die gehörige Ruhe zuteil wird. Zwingt die wirtschaftliche Lage die Wöchnerin, gegen dies diätetische Gesetz zu verstoßen, so bleiben zumeist Unterleibserkrankungen, namentlich Gebärmutterentzündungen, Senkung der Eingeweide, Scheidenvorfall, nicht aus.

Besonders hervorzuheben ist der Einfluß der kulturellen Verhältnisse auf die Häufigkeit des Kindbettfiebers. Hierzu ist vor allem folgendes zu bemerken: Nach amtlichen Mitteilungen wurden in Preußen[1]) sehr viele Frauen entbunden, ohne den Beistand einer Hebamme genossen zu haben. Die Zahl dieser Frauen belief sich 1905 auf 12,8, 1906 auf 10,07, 1907 auf 10,05 % der Wöchnerinnen; sie ist inzwischen sogar noch gestiegen, da nach Angabe von Glaubitt[2]) während des Jahres 1922 in Preußen etwa 15 % der Niederkünfte ohne Hebammenhilfe vor sich gingen. In manchen preußischen Regierungsbezirken[3]) sind die Zustände ganz besonders mißlich; so betrug im Regierungsbezirk Allenstein die Zahl der im Jahre 1909 ohne Hebammenhilfe erfolgten Entbindungen 40,1 %, aber auch in mehreren anderen Bezirken, wie Gumbinnen, Danzig, Marienwerder, Landespolizeibezirk Berlin, Köslin, Bromberg, waren die entsprechenden Ziffern sehr hoch. Offenbar waren zahlreiche Schwangere aus geldlichen Gründen außerstande, sich den Beistand einer Hebamme zu beschaffen. Da mußte die Nachbarin oder sonst eine mit der Asepsis nicht vertraute Person Hilfe leisten. Daß es hierbei zu Wochenbettinfektionen kam, war zu erwarten. Tatsächlich entnimmt man der amtlichen Statistik[4]), daß diejenigen preußischen Regierungsbezirke, in welchen zahlreiche Niederkünfte ohne Hebammen stattgefunden haben, die höchsten Ziffern der Wochenbettsterblichkeit[5]) aufwiesen. Diese traurigen Zustände im Regierungsbezirk Allenstein hat O. Solbrig, der dort als Regierungs- und Medizinalrat tätig war, 1910 trefflich gekennzeichnet; die von der preußischen Medizinalverwaltung veröffentlichte Erklärung, daß unter den ohne Hebammen

[1]) Nach Angabe von Solbrig (siehe Literatur S. 234 Ziffer 24).

[2]) Glaubitt: „Das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1922“, Klin. Wochenschrift 1924 Nr. 27.

[3]) „Das Gesundheitswesen des preußischen Staates 1909“, Berlin 1911.

[4]) Die statistischen Ergebnisse müssen im 19. Jahrhundert anders gelautet haben. A. Hegar betonte in seiner Arbeit „Zur geburtshilflichen Statistik in Preußen und zur Hebammenfrage“, Samml. klin. Vorträge 1891 N. F. Nr. 29, daß die preußischen Regierungsbezirke, welche die wenigsten Hebammen aufwiesen, am günstigsten hinsichtlich der Häufigkeit von Kindbettodesfällen dastanden; er führte zur Erklärung an: „Die Pfuscherinnen thun meist nicht viel, untersuchen und manipulieren wenigstens nicht viel innerlich, schon aus Furcht vor Collision mit dem Strafrichter.“

[5]) Die Statistik der Wochenbettsterblichkeit ist, namentlich soweit die Zahlen aus dem 19. Jahrhundert stammen, mit Vorsicht zu verwerten. Oft wurde nicht genau zwischen der Gesamtwochenbettsterblichkeit und der Sterblichkeit an Wochenbettfieber unterschieden. Dazu kommt, daß, was auch jetzt noch zutreffen dürfte, die Diagnose „Wochenbettfieber“ aus naheliegenden Gründen oft verschleiert wurde. Auch scheinen früher auf den Standesämtern Irrtümer bei der Einreihung in das Verzeichnis der Todesursachen vorgekommen zu sein. Es ist daher schwierig zu beurteilen, ob die aus dem Jahre 1847 stammende Lehre von Semmelweis (siehe S. 36) bereits im Beginn der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts Früchte getragen hat; A. Hegar hat 1891 den Erfolg dieser Lehre bezweifelt. In England starben allerdings an Puerperalfieber 1847 bis 1850 nur 1,9, 1881 bis 1890 dagegen 2,6 Frauen auf 1000 Geburten; diese Zunahme ist jedoch, nach Prinzing, nur scheinbar, da früher viele Fälle von Puerperalfieber den Zufällen bei der Geburt zugerechnet wurden, letztere aber in der genannten Zeit von 3,9 auf 2,8 % gefallen sind. Auf Grund der deutschen Ergebnisse ist der Erfolg der Anti- und Aseptik in der Geburtshilfe deutlich zu erkennen. So kamen z. B. in Preußen auf 1000 Wöchnerinnen 1877 bis 1881 noch 5,8, dagegen 1887 bis 1891 nur 4,5 und 1897 bis 1900 nur 3,1 Sterbefälle „im Kindbett“; im Jahre 1913 starben in Preußen auf 1000 Neugeborene 3,32 im Wochenbett insgesamt und davon 1,62 an Kindbettfieber. (Siehe Fr. Prinzing: „Handbuch d. med. Statistik“, Jena 1906; ferner Medizinalstatistische Mitteil. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. 19, Berlin 1917.)

erfolgten Niederkünften in nicht nachweisbarer Zahl sich solche befinden, die ein Arzt ohne Zuziehung einer Hebamme geleitet hat, ferner oft solche, bei denen Hebammen aus anderen deutschen Bundesstaaten oder aus dem Auslande Hilfe geleistet haben, widerlegt Solbrig für den Bezirk Allenstein folgendermaßen:

„Hier sind in den meisten solcher Fälle Hebammenpfuscherinnen tätig gewesen, oder es war außer den nächsten Angehörigen überhaupt niemand zur Hilfeleistung zugegen. Es steht fest, daß die Hebammenpfuscherei in einem erschreckenden Maße hier verbreitet ist, mehr als wohl in irgendeinem anderen Bezirk. Die Ursache hierfür ist einmal darin zu suchen, daß der Bezirk Allenstein der am schwächsten bevölkerte in Preußen ist, in dem der auf eine Hebamme und ebenso auf einen Arzt entfallende Flächeninhalt größer als in irgendeinem anderen ist (für 1907: 59,16 qkm auf eine Hebamme). Fürs zweite spielen hierbei die ungünstigen sozialen Verhältnisse, namentlich in dem armen Masuren, und dann auch die üblen Gewohnheiten und die Gleichgültigkeit der Bevölkerung auf dem Lande eine Rolle."

Als A. Fischer[1]) 1919 auf der Tagung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege den von ihm bereits 1912 dargelegten Zusammenhang der hohen Wochenbettsterblichkeitsziffern[2]) mit dem Mangel an Hebammenhilfe erwähnte, wurde bei einigen Anwesenden Widerspruch laut. Der Medizinalstatistiker Weinberg[1]) betonte aber sogleich, daß dieser Widerspruch nur Unkenntnis verraten hat. Auch der Hinweis von Rapmund[1]), daß die Zustände in anderen ostpreußischen Gebieten ehemals so mißlich waren wie in Allenstein, jetzt aber besser geworden sind, war gegen die Darstellung von Fischer gerichtet, konnte sie jedoch nur bestätigen.

Wie die Zahl der Wochenbetterkrankungen, so hängt auch die Ziffer der Totgeburten von den kulturellen Zuständen ab. Unsere Tafel 12 (S. 54) zeigt, daß die Totgeborenenziffern, soweit es sich um eheliche Geburten handelt, bei den einzelnen Gliedstaaten nur geringe Unterschiede aufweisen, daß dagegen überall die Zahl der Totgeborenen bei den Unehelichen viel größer ist als bei den Ehelichen. M. Hirsch faßt seine Ansicht über diese Frage folgendermaßen zusammen: „Während im Mittel auf 1000 Geburten 30 Totgeburten kommen, entfallen auf 1000 Niederkünfte von in schädlichen Betrieben tätigen Frauen 150 bis 170 tote Kinder."

Sodann üben die kulturellen Verhältnisse auch auf die Stilltätigkeit einen maßgebenden Einfluß aus. Man hat hierbei den Stillwillen und die Stillfähigkeit zu unterscheiden. Wie schon in dem Abschnitt „Fortpflanzung" (S. 204) erwähnt wurde, hat man die vor dem Kriege vielfach beobachtete Abnahme der Stillfähigkeit als ein Zeichen der Entartung bezeichnet. Insbesondere hat Bunge die Ansicht vertreten, daß den Töchtern von Alkoholikern die Stillfähigkeit zumeist fehlt, was aber von Gynäkologen[3]) und Kinderärzten[3]) bestritten wurde.

Daß die Stillfähigkeit in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege in weiten Kreisen mancher Landesgebiete abgenommen hatte, ist mehrfach festgestellt worden. Während

[1]) Siehe „Bericht über die 40. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege in Weimar 1919", Braunschweig 1921, S. 10 bezw. 19 bezw. 34.

[2]) Siehe A. Fischer: „Die sozialhygienischen Zustände in Deutschland nach amtlichen Veröffentlichungen aus dem Jahre 1911," Deutsch. Viertelj. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1912 S. 568 ff.

[3]) Daß die Frauen in mehr als 80% der Fälle zu stillen fähig sind, wiesen Nigris für Graz, Pinard für Paris, Blaker für London nach. Namentlich ist zu bemerken, daß auch Walcher in der Stuttgarter Entbindungsanstalt so günstige Ergebnisse erzielt hat; besonders auf die Berichte dieser Anstalt hatte Bunge, als sie noch unter Leitung von Walchers Vorgänger stand, seine ersten Veröffentlichungen gestützt. Die sonstigen großen Verdienste Bunges können durch diesen seinen Irrtum nicht beeinträchtigt werden. Aber man sieht, wie viel von der Person des leitenden Gynäkologen abhängt. Die gleichen Ansichten wie die genannten Frauenärzte vertraten auch die Kinderärzte Schloßmann, Finkelstein u. a. m. Vgl. auch die Angaben von A. Fischer auf S. 226.

in Berlin[1]) 1895 von 1000 Kindern 432 gestillt wurden, erhielten 1905 nur 313 ‰ Muttermilch. Hierfür kommen verschiedene Ursachen in Betracht. Zunächst macht sich hier die wirtschaftliche Notlage geltend; denn den blutarmen und unterernährten Müttern fehlte vielfach die Fähigkeit zu stillen, und selbst, wo die Kraft vorhanden wäre, mangelte es oft an der erforderlichen Zeit, wenn die Frauen außerhäusliche Arbeiten verrichten mußten. Andererseits spielen hierbei Volksanschauungen, ethische Gesichtspunkte, Gepflogenheiten bestimmter Gesellschaftskreise u. a. m. eine bedeutende Rolle. Es gibt Gegenden, wo die Frauen es von alters her gar nicht anders wissen, als daß sie die Pflicht haben, den Säuglingen die Brust zu reichen; in anderen Gebieten wurde das Stillen, wie Uffenheimer[2]) berichtet, „als eine Schweinerei, als ein Geschäft für Zigeunerinnen" angesehen. Nach amtlichen Angaben[3]) aus dem Jahre 1909 haben in den oberfränkischen Städten 83,4 % der Säuglinge, in den schwäbischen Städten aber nur 19,2 % die Mutterbrust erhalten. Viele Frauen der Reichen und auch des Mittelstandes unterließen das Stillen, weil es ihnen am Stillwillen (ähnlich wie am Fortpflanzungswillen) fehlte. Die Erfüllung der Stillpflicht wurde in den wohlhabenden Kreisen oft, namentlich auch im Hinblick auf gesellschaftliche Inanspruchnahme, als unbequem empfunden, während die künstliche Ernährung des Kindes bei Unterstützung durch Dienstboten keine erhebliche Unbequemlichkeit verursachte, und es nicht an den Geldmitteln mangelte, um eine gute, wenn auch teure Säuglingsmilch, die als ein hinreichender Ersatz angesehen wurde, zu kaufen. Man fand daher, daß, wie z. B. aus Berlin[4]), Barmen[5]) und Hannover[6]) mitgeteilt wurde, in den reichen Familien noch seltener gestillt wurde, als in den wenig bemittelten Kreisen. W. Bremme[7]) hat jedoch im Gegensatz hierzu festgestellt, daß in Dresden von 8933 Wöchnerinnen insgesamt nur 59,8 % länger als 6 Wochen gestillt haben, während die entsprechenden Stillziffern für die Akademikerfamilien 66,3 % und für die Beamtenfamilien 67,6 % lauten.

Daß in früheren Zeiten vielfach die Frauen der wohlhabenden Stände statt zu stillen sich Ammen hielten, und statt sich der Säuglingspflege zu widmen, mit Hunden und Affen spielten, veranschaulicht unsere Abbildung 44. Offenbar gaben manche Fürstinnen hier

---

1) Siehe „Statistisches Jahrbuch der Stadt Berlin", 31. Jahrg., Berlin 1909.

2) A. Uffenheimer: „Säuglings- und Jugendfürsorge," Wissenschaft u. Bildung Nr. 90, Leipzig 1910. Hier wird auch berichtet, daß sich nicht wenige Geistliche bemühen, die Mütter zum Stillen zu veranlassen; ein Aufruf, den das Ordinariat Augsburg 1906 an seine Geistlichkeit richtete, habe gerade in dem Gebiet der schwäbisch-bayerischen Hochebene eine große Wirkung gehabt. — Nach einer Mitteilung von H. Rosenhaupt (Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1922 S. 440) reichen die Bemühungen des genannten Ordinariats betr. Erfüllung der Stillpflicht bis zum Jahre 1865 zurück.

3) Siehe „Generalbericht über die Sanitätsverwaltung im Kgr. Bayern", München 1909.

4) Siehe die Fußnote 1 auf dieser Seite.

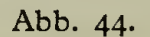
5) Siehe Kriege und Seutemann: „Ernährungsverhältnisse und Sterblichkeit der Säuglinge in Barmen", Zentralbl. f. allg. Gesundheitspfl. 1906 Jahrg. 25 Heft 1 u. 2.

6) Siehe K. Seutemann: „Säuglingsernährung und Säuglingssterblichkeit nach der Ernährungsweise in der Stadt Hannover", Abhandl. in „Säuglingsernährung, Säuglingssterblichkeit u. Säuglingsschutz in den Städten Hannover u. Linden", veröffentl. v. d. Komitee z. Ermittl. d. Säuglingsnahrung in Hannover-Linden, Berlin 1913. In dieser Arbeit wird u. a. an der Hand zahlenmäßiger Angaben, die sich nicht nur auf Hannover, sondern auch auf eine Reihe westfälischer und rheinländischer Städte beziehen, darauf hingewiesen, „daß das Stillvermögen und die Stillsitten in Deutschland nicht so schlecht sind, wie sie vielfach gemacht werden".

7) Walter Bremme: „Über Selbststillen von Großstadtmüttern", Deutsch. Viertelj. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1913 Bd. 45 Heft 3.

ein schlechtes Beispiel, wie den Berichten[1]) der Kurfürstin Sophie von Hannover, welche „die Mutter der Könige von Preußen und England“ genannt wird, zu entnehmen ist; dort heißt es:

„Kaum war ich soweit, daß ich fortgeschafft werden konnte, als die Königin, meine Mutter, mich nach Leyden schickte, das nur drei Stunden vom Haag entfernt liegt und wo Ihre Majestät alle ihre Kinder fern von sich erziehen ließ, denn der Anblick ihrer Affen und ihrer Hunde war ihr angenehmer als der unsrige.“


Abb. 44.



Mutter.
Kupferstich aus dem 18. Jahrhundert.

In den allerletzten Jahren vor dem Weltkriege haben sich die Anschauungen der Frauen, insbesondere in den Kreisen der Gebildeten, hinsichtlich der Bedeutung des Stillens erheblich gebessert, was der von vielen Stellen aus durchgeführten Stillpropaganda zu verdanken ist. In den unbemittelten Volksschichten förderten neben der Aufklärung auch die gewährten Stillprämien die Stilltätigkeit.

Eine tiefgreifende Wirkung übte aber erst die Reichswochenhilfe[2]), durch welche alle jungen Mütter, soweit sie bedürftig waren, außer der Wochenbettunterstützung Stillgeld erhielten, aus. A. Fischer hat die durch die Reichswochenhilfe im Jahre 1915 erzielten Erfolge auf dem Gebiete der Stilltätigkeit mittels einer Erhebung, welche mit Hilfe von fünf badischen allgemeinen Ortskrankenkassen durchgeführt wurde, zahlenmäßig nachweisen können, da ein brauchbarer Vergleichsstoff, der aus einer amtlichen Erhebung[3]) vom Jahre 1911 stammte, vorhanden war. Es zeigte sich, daß 1911 in fünf badischen Stadtgebieten 53 %, 1915 aber 75 % der jungen Mütter länger als zwei Monate gestillt haben; in fünf Landgebieten lauten die entsprechenden Zahlen für 1911: 50,7 %, für 1915: 70,8 %. Die erhebliche Zunahme der Stilltätigkeit infolge der Kriegswochenhilfe wurde dann von mehreren anderen Seiten her bestätigt. So hat Karl Opitz[4]) 1918 auf Grund seiner Feststellungen im Kreise Peine mitgeteilt, daß hinsichtlich der Stilldauer sowohl von drei wie von sechs Monaten die Stillziffern während des Weltkrieges wesentlich größer waren als unmittelbar vorher. Allen diesen Angaben ist zu entnehmen: 1. Die

[1]) Siehe „Die Mutter der Könige von Preußen und England. Memoiren und Briefe der Kurfürstin Sophie von Hannover“, herausg. von R. Geerds, Ebenhausen-München bei W. Langewiesche-Brandt.

[2]) Durch die Reichsversicherungsordnung war vom 1. Januar 1914 an die Möglichkeit gegeben, den Versicherten Stillgeld zu gewähren. Damit hatte das Deutsche Reich zum erstenmal bekundet, daß es auf die Stilltätigkeit Wert legt. Im Preuß. Allgem. Landrecht (T. II Tit. 2 §§ 67 bis 69) war, nach Angabe von Mayet (Med. Reform 1905 S. 414), angeordnet, daß und wie lange eine gesunde Mutter zu stillen verpflichtet ist. Ebenso hatte ein schwedisches Gesetz vom Jahre 1755 verboten, die Säuglinge künstlich zu ernähren; der Erfolg soll nicht ausgeblieben sein. Aber diese Stillvorschriften sind nicht mehr vorhanden, und würden wohl jetzt wirkungslos sein, wenn nicht andere Maßnahmen hinzutreten. Vgl. auch H. Rosenhaupt: „Das Problem der gesetzlichen Stillpflicht“, Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1922 Heft 9.

[3]) Siehe G. Lange: „Die Ernährungsweise der im Großh. Baden geborenen Kinder während des ersten Lebensjahres“, Sozialhyg. Mitteil. 1917 Jahrg. 1 Heft 2.

[4]) K. Opitz: „Die Stillfähigkeit im Kriege“, Deutsch. med. Wochenschr. 1918 Nr. 16.

Stillfähigkeit ist in zufriedenstellendem Umfange vorhanden. 2. Die Stillfähigkeit wird ausgenutzt, wenn durch Stillunterstützungen die aus der sozialen Notlage stammenden Hindernisse beseitigt oder gemildert werden.

Unter den Müttern müssen die Unehelichen besonders erörtert werden, weil sich bei ihnen die Einflüsse der ungünstigen sozialen Lage auf die Gesundheitszustände in erhöhtem Umfange geltend machen. So sehen wir z. B., daß während des Jahres 1920 in den preußischen[1]) Städten, wo rund 10% aller Geburten unehelich waren, bei Entbindungen unter 1131 Todesfällen an Kindbettfieber insgesamt 168 und bei Fehlgeburten unter 984 Todesfällen an Kindbettfieber 304 Ledige betrafen. Unserer Tafel 12 ist, was schon oben gestreift wurde, zu entnehmen, daß 1921 im Deutschen Reich auf 100 ehelich Geborene 3,0 Totgeborene, auf 100 unehelich Geborene aber 4,8 Totgeborene entfielen. Daß die Sterblichkeit bei den unehelichen Säuglingen erheblich größer ist als bei den ehelichen, wird noch in dem Abschnitt „Säuglinge" zu zeigen sein; hier sei nur hervorgehoben, daß die unehelichen Mütter weit öfter als die ehelichen teils aus gesundheitlichen Gründen, teils infolge der wirtschaftlichen Notlage außerstande sind, ihre Kinder zu stillen.

Über die Zustände der unehelichen Mütter sei hier folgendes hervorgehoben: Wenn man auch der einzelnen unehelichen Mutter nicht immer die ganze Schuld an ihrem Verhalten zuschieben darf, so ist doch bei dieser Gruppe zumeist ein gewisser Leichtsinn nicht zu übersehen; schon unserer Tafel 8 (S. 50) haben wir ja entnommen, ein wie großer Anteil der Niederkünfte auf die unter 20 Jahre alten Unehelichen kommt. Auch sonst findet man bei den unehelichen Müttern verhältnismäßig häufig moralische Minderwertigkeit; nach Angabe von Mönkemöller[2]) hatten unter 1920 Korrigendinnen der Anstalt Himmelstür 289 nachweislich lebende Kinder unehelich geboren.

Das statistische Amt der Stadt Dresden[3]) hat die Verhältnisse derjenigen unterstützungsbedürftigen Wöchnerinnen, die dort im Jahre 1909 niederkamen, eingehend untersucht. Von den 2775 in Dresden während des Jahres 1909 unehelich Niedergekommenen mußten 1169 aus öffentlichen Mitteln unterstützt werden; unter diesen waren 37% Fabrikarbeiterinnen, 32% Dienstboten, je 11% Handlungsgehilfinnen oder Kellnerinnen, die übrigen waren in selbständiger Stellung, Heimarbeiterinnen, Artistinnen oder Haustöchter. Von den unehelichen Müttern, deren Verdienst in Geld (nicht auch in Kost und Wohnung) bestand, erhielten nur 74 zwischen 60 und 100 ℳ monatlich, alle übrigen aber weniger als 60 ℳ, manche sogar weniger als 20 ℳ.

Nach Angaben von O. Spann[4]) aus dem Jahre 1909 waren in Frankfurt a. M. drei Viertel der unehelichen Mütter vaterlos oder von ihrer Familie ferne, und nach einem amtlichen Bericht aus München[5]) hatten von den 4291 dort im Jahre 1909 unehelich Entbundenen 3112 ihre Heimat außerhalb der bayerischen Hauptstadt. Hieraus ist zu schließen, daß es den meisten dieser unehelichen Mütter an einer hinreichenden Aufsicht, durch welche der Geschlechtsverkehr vielfach verhütet worden wäre, gefehlt hat.

---

[1]) Siehe „Medizinalstatistische Nachrichten", herausg. vom Preuß. Stat. Landesamt, Berlin 1923, Jahrg. 11 Heft 3 u. 4 S. 157.

[2]) Mönkemöller: „Korrektionsanstalt und Landarmenhaus", Leipzig 1908.

[3]) „Die Verhältnisse unbemittelter lediger und verheirateter Wöchnerinnen in Dresden", Mitteil. d. Stat. Amtes d. Stadt Dresden Heft 18, Dresden 1912.

[4]) O. Spann, siehe Literatur S. 253 Ziffer 22.

[5]) Siehe „Mitteilungen d. Stat. Amtes d. Stadt München" 1910 Bd. 22 Heft 1 S. 19.

Diese Angaben bieten einen Anhalt für die Beurteilung der Frage, in welchem Umfange man die soziale und wirtschaftliche Umwelt für die Zahl der unehelichen Niederkünfte verantwortlich machen muß.

c) Mütterfürsorge.

Zutreffend hat Tugendreich betont, daß die Mutterschaftsarbeit der Erwerbsarbeit gleichzusetzen und von Staats wegen zu entlohnen ist, weil der Staat von dieser Tätigkeit Vorteil zieht. In ähnlicher Weise hatte bereits im Jahre 1780 J. P. Frank darauf hingewiesen, daß „die Ernährung der Neugeborenen für den Staat keine gleichgültige Sache“ ist, und daß „die Frage weit hinwegfällt, ob sich auch wohl die Vorsteher des gemeinen Wesens so weit herablassen mögen, um sich mit dergleichen Gegenständen abzugeben“. Im Art. 119 der Reichsverfassung (siehe oben S. 211) wird zwar ausdrücklich bestimmt, daß die Mütter Anspruch auf Schutz und Fürsorge des Staates haben. Sodann bestimmt § 4 des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt vom 9. Juli 1923, daß es Aufgabe der Jugendämter ist, u. a. auch Einrichtungen für Mutterschutz vor und nach der Geburt anzuregen, zu fördern oder zu schaffen. Daß aber gegenwärtig für die Mütter noch nicht hinreichend gesorgt ist, wird sich aus den folgenden Darlegungen ergeben.

Die Fürsorge für die Mutter muß tunlichst beim Beginn der Schwangerschaft einsetzen; sie hat sich dann auf die Niederkunft, das Wochenbett und die ganze Dauer der Stilltätigkeit zu erstrecken. Aber auch hiermit sind noch nicht alle Anforderungen angeführt; denn nicht nur der Säugling, auch das Kleinkind, das sorgfältig gepflegt und ständig beaufsichtigt werden muß, beschäftigt die Mutter in weitem Umfange. Da die Mütterfürsorge vor allem in der Befreiung von der Erwerbsarbeit bestehen muß, so liegt die Frage nahe, ob eine solche Tätigkeit verheirateter Frauen, namentlich soweit sie kleine Kinder haben, nicht ganz zu verbieten ist. In der Tat hat der erfahrene Arzt und Hygieniker Schwartz im Jahre 1886 den Ausschluß aller verheirateten Frauen von der Fabrikarbeit verlangt; Ausnahmen wollte er nur dann zugelassen wissen, wenn der Nachweis erbracht wird, daß die Hausarbeit, namentlich die Pflege der kleinen Kinder, anderweitig, insbesondere von verwandten, zum Hause gehörenden Personen besorgt werden kann. Aber ein solches Verbot ist, wie bereits in dem Abschnitt „Arbeitsverhältnisse“ (S. 73) erwähnt wurde, für absehbare Zeiten nicht durchführbar. Zahlreiche Familien würden, wie aus Tafel 35 (S. 88) zu ersehen ist, in Schulden geraten sein, wenn sie lediglich auf den Verdienst des Mannes angewiesen gewesen wären. Und überdies handelt es sich bei den in der Tafel 35 berücksichtigten Familien um solche, in denen der Familienvater, als gelernter Arbeiter, einen verhältnismäßig hohen Lohn bezog. Man denke aber an weniger gut bezahlte Arbeiter und namentlich an solche Familien, in denen der Familienvater längere Zeit durch Erwerbslosigkeit oder Krankheit ohne Verdienst ist. Ganz besonders schwer würde durch ein Arbeitsverbot die uneheliche Mutter, die von ihrem Kinde nicht weniger nachteilig entbehrt wird und der gegenüber ein etwa beabsichtigtes sozialhygienisches Gesetz daher keine Ausnahme gelten lassen dürfte, getroffen werden; zahlreiche ledige Mütter würden dann unzweifelhaft der Prostitution zugetrieben werden.

So sehr es vom sozialhygienischen Standpunkte zu bedauern ist, ein Verbot der Erwerbsarbeit für alle Mütter kann zurzeit nicht befürwortet werden. Um so mehr muß mit allen Mitteln dahin gestrebt werden, die Ehefrauenarbeit möglichst einzuschränken. Wo die wirtschaftliche Lage des Familienvaters es erlaubt, enthält sich auch ohne Verbot die Frau

der außerhäuslichen Lohnarbeit. Es gilt mithin vor allem, für ausreichende Löhne der Männer, niedrige Lebensmittelpreise und billige, aber doch gesundheitlich einwandfreie Wohnungen zu sorgen.

Selbst die Forderung, die erwerbstätige Frau während der ganzen Zeit der Schwangerschaft von der Erwerbsarbeit auszuschließen, ist leider gegenwärtig nicht durchführbar. Eine solche Maßnahme würde ausreichende geldliche Unterstützungen während der Arbeitsenthaltung voraussetzen; aber dazu sind die wirtschaftlichen Zustände in Deutschland zu mißlich. Der internationale Kongreß[1]) für Hygiene verlangte im Jahre 1900, daß jeder Arbeiterin während der letzten drei Monate ihrer Schwangerschaft Ruhe zugebilligt wird; in derselben Weise äußerte sich der Kongreß[2]) für Geburtshilfe zu Nantes im Jahre 1901. Die wissenschaftliche Deputation in Preußen forderte, wie Tugendreich berichtet, einen Schwangerenschutz von zwei Monaten. Die Schwangerenunterstützung kann jedoch auch nach der Reichsverordnung über Wochenhilfe sowie über Wochenfürsorge vom 16. Februar 1923 (RGBl. I S. 132 bezw. 133), bezw. vom 18. August 1923 nur für die letzten vier Schwangerschaftswochen gewährt werden; in der Praxis[3]) ist diese Bestimmung fast stets wirkungslos. Ein Arbeitsverbot während der Schwangerschaft besteht in Deutschland lediglich für gewerbliche Arbeiterinnen (also z. B. nicht für Heimarbeiterinnen, Landarbeiterinnen, Dienstboten) und nur in folgender Form (§ 137 der Gewerbeordnung):

Arbeiterinnen dürfen vor und nach ihrer Niederkunft im ganzen während acht Wochen nicht beschäftigt werden. Ihr Wiedereintritt ist an den Ausweis geknüpft, daß seit ihrer Niederkunft wenigstens sechs Wochen verflossen sind.

Daß infolge der unzureichenden Fürsorgemaßnahmen für die schwangeren Frauen der unbemittelten Kreise viele von ihnen gezwungen waren, bettelnd an den Türen mildtätiger Menschen anzuklopfen, veranschaulicht unsere Abbildung 45.

Einsichtsvolle Gemeinden suchen die Lücken der gesetzlichen Schwangerenfürsorge auszufüllen. Nach Angabe von Tugendreich hat Charlottenburg eine sogenannte Vorernährung für bedürftige Schwangere eingerichtet, die der Hauspflegeverein auf städtische Kosten durchführt. Da viele Schwangere über die Ansprüche, die sie stellen dürfen, nicht genügend unterrichtet sind, haben einige Gemeinden, so z. B. Berlin, zum Zwecke der Rechtsbelehrung Schwangerenfürsorgestellen geschaffen. Auf Grund einer Rundfrage des Deutschen Städtetages[4]) wurde festgestellt, daß im Jahre 1921 städtische Schwangerenfürsorgestellen sich in Aachen, Altona, Berlin, Charlottenburg, Dortmund, Düsseldorf, Hannover, Kiel, Königsberg, Leipzig, Mannheim, Nürnberg, Magdeburg,

---

[1]) Nach Angabe von Dr. David in der Reichstagsrede vom 8. Mai 1911.

[2]) Nach Angabe von Louis Frank (siehe Literatur S. 234 Ziffer 7).

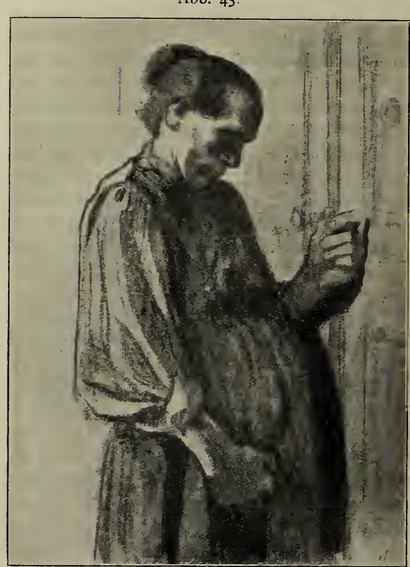
[3]) Die Allgemeine Ortskrankenkasse der Stadt Berlin zahlte im Jahre 1922 an 6673 Wöchnerinnen die Wochenhilfebeträge aus. Von diesen Entbundenen hatten nur 1233 die Unterstützungen während der Schwangerschaft in Anspruch genommen. In dem Krankenkassenbericht wird darauf hingewiesen, daß eine große Anzahl der Schwangeren bis zum letzten Augenblick dem Verdienst nachgeht, offenbar, weil der Lohnausfall, der eine ganz außerordentliche Rolle spielt, durch das Schwangerschaftsgeld nicht genügend ausgeglichen wird. Dies erkennt man deutlich daran, daß unter den 4560 Entbundenen aus den 9 niedersten Lohnstufen nur 524, unter den 2113 Niedergekommenen aus den folgenden 11 Lohnstufen aber 709 Schwangerschaftsunterstützungen auf Verlangen erhielten. (Siehe den „Bericht für das Jahr 1922 der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin", Berlin 1923.)

[4]) Siehe Mitteil. d. Zentralstelle d. Deutsch. Städtetages 1920 Sept. Bd. VII Nr. 21 und 1921 Februar Bd. VIII Nr. 2.

Stettin und Hamborn befanden. In Köln[1]) besteht seit April 1920 eine Fürsorgestelle für hoffende Mütter. Nach einer Mitteilung von F. Rott[2]) haben im Jahre 1920 von 2600 Säuglingsfürsorgestellen 606 sich auch mit der Schwangerenfürsorge befaßt.

Die bereits erwähnten Verordnungen über Wochenhilfe bezw. über Wochenfürsorge gewähren den Krankenkassenmitgliedern sowie den Angehörigen von Krankenkassenmitgliedern und allen minderbemittelten Müttern bei der Niederkunft, während des Wochenbettes und während der Stilltätigkeit Unterstützungen, und zwar durch Zubilligung sowohl von ärztlicher Behandlung und Hebammenhilfe wie auch von Geldmitteln.

Abb. 45.



Bilder aus dem Elend!
Nach einer im Simplicissimus 1909 erschienenen Zeichnung von Käthe Kollwitz.

Neben einem einmaligen Betrag zu den Kosten der Entbindung erhält zurzeit die versicherte Wöchnerin in Höhe des Krankengeldes ein Wochengeld für zehn Wochen, von denen mindestens sechs in die Zeit nach der Niederkunft fallen müssen; das Wochengeld für die ersten vier Wochen ist spätestens mit dem Tage der Entbindung fällig. Außerdem hat sie Anspruch auf ein Stillgeld in Höhe des halben Krankengeldes, solange sie stillt, bis zum Ablauf der zwölften Woche nach der Niederkunft. Die nicht versicherten Angehörigen von Kassenmitgliedern (Ehefrauen, Töchter, Stief- und Pflegetöchter, welche mit diesen in häuslicher Gemeinschaft leben) sowie alle Minderbemittelten erhalten nach der Verordnung über Wochenfürsorge vom 18. August 1923 im Falle der Niederkunft zu den Kosten der Entbindung als Wochen- und Stillgeld einen Gesamtbetrag, der nach der Reichsrichtzahl für die Lebensausgaben berechnet wird und sich zurzeit (Juli 1924) z. B. in Karlsruhe, wie mir von der Allgemeinen Ortskrankenkasse angegeben wird, auf nur 28 bis 29 ℳ beläuft. (Vgl. S. 438 die inzwischen veröffentlichten Angaben von Grieser.)

Die Bestimmungen, die sich auf Arbeitsruhe während der Schwangerschaft und nach der Niederkunft richten, nennt man Mutterschutz, während man die Versicherungs-

[1]) Siehe Hedwig Rohling: „Die Fürsorgestelle für hoffende Mütter in Köln", Zeitschr. f. soz. Hyg., Fürsorge- u. Krankenhauswesen 1921 April. — Staatsminister a. D. Stegerwald schlug in dem Aufsatz „Die Mutter in der sozialen Gesetzgebung" (Berliner Tageblatt vom 25. Dezember 1920 Nr. 591) die Einrichtung von Beratungsstellen für Schwangere vor. Hans Eitel fordert in dem Aufsatz „Prinzipielles zur Schwangerenfürsorge" (Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1922 Heft 1) solche Fürsorgestellen namentlich auch für die Frühschwangeren.

[2]) F. Rott, siehe Literatur S. 253 Ziffer 17b.

maßnahmen, auf Grund deren während der Arbeitsenthaltung den Wöchnerinnen Geldbeträge gezahlt werden, als Mutterschaftsversicherung bezeichnet. Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung gehören zusammen. Insbesondere ist Ruhe ohne Wochengeld in den unbemittelten Kreisen nicht möglich; denn Ruhe pflegen heißt Lohn einbüßen, und Lohn einbüßen heißt hungern.

Schon J. P. Frank[1]) und F. A. Mai[2]) sind dafür eingetreten, daß die Wöchnerinnen nicht zu früh die Arbeit wieder aufnehmen. Mai, dessen sozialhygienischer Gesetzentwurf sich eingehend mit der Fürsorge für die Mütter, auch für die unehelichen, befaßt, hat sogar bereits eine Art Mutterschaftskasse (er nennt sie Notkasse) vorgeschlagen. Aber diese Mahnungen und Forderungen wurden nicht erfüllt und gerieten in Vergessenheit.

Erst etwa 100 Jahre später, im Jahre 1877, schuf als erster Staat die Schweiz ein Gesetz, wonach für gewerbliche Arbeiterinnen der Schwangeren-Wöchnerinnenschutz acht Wochen beträgt; bei dem Wiedereintritt der Wöchnerin in die Fabrik müssen nachweislich sechs Wochen seit der Niederkunft verstrichen sein. Kein Staat hat bis heute eine längere Schonungsfrist bestimmt. Aber der schweizerische Mutterschutz war so lange von geringem Wert, als er nicht mit einer entsprechenden Mutterschaftsversicherung verbunden war.

Als erster unter den Staaten folgte das Deutsche Reich, dann haben Ungarn, Österreich, Belgien, die Niederlande und namentlich seit der internationalen Arbeiterkonferenz, die 1890 in Berlin stattfand, viele andere Kulturländer gleichartige Maßnahmen getroffen. Anfangs erstreckte sich der Mutterschutz gewöhnlich nur auf vier Wochen; diese Schonungsdauer wurde dann im Laufe der Jahre verlängert.

Das Deutsche Reich hatte bereits in der ersten Fassung seiner Krankenversicherung (1883) bestimmt, daß den versicherten Wöchnerinnen Geldmittel gewährt werden sollen. Diese Anordnung wurde zwar mehrfach ausgebaut; die Versicherungsleistungen blieben jedoch hinter den Ansprüchen, die vom hygienischen Standpunkte aus zu stellen sind, immer weit zurück. Vor allem aber war das deutsche Gesetz nicht umfassend genug, so daß zahlreiche Schwangere und Wöchnerinnen ohne jede Unterstützung waren. Betont sei jedoch, daß das Deutsche Reich auf dem Gebiete der Wöchnerinnenfürsorge (auf Grund der Krankenversicherung) fast alle Länder weit überragt.

Viele Einzelpersonen und Vereine bemühten sich in Deutschland und im Auslande um den Ausbau der Mutterschaftsversicherung; genannt seien nur unter den Vertreterinnen des weiblichen Geschlechts Paolina Schiff, Lily Braun, Else Lüders, Alice Salomon, Henriette Fürth und auf der männlichen Seite P. Mayet, Pinard, A. Fischer, Reichstagsabgeordneter Dr. David, F. Rott und H. Jaeger, und von den Vereinen seien der Bund für Mutterschutz[3]), die Gesellschaft für Mutter- und Kindesrecht[4]) und die Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung[5]) hervorgehoben.

[1]) J.P. Frank berichtet, daß die Bauernweiber nicht selten bereits 14 Tage nach der Niederkunft „bis an die Knie in das fließende Wasser stehen und ganze Tage mit Waschen und Ringen der Leinwand zubringen, obschon es nicht allemal die Not erforderte, und was dergleichen Arbeiten mehr sind, als Fruchtausdreschen, schweres Tragen usw. . . . Gewiß ist, daß gar oft, und meistenteils die Rauhigkeit der Männer an diesem Verderben ihrer noch schwachen Weiber Anteil hat".

[2]) Siehe die Fußnoten 1 und 2 S. 33.

[3]) Siehe Helene Stöcker: „Zehn Jahre Mutterschutz", Die Neue Generation 1915 Jahrg. 11 Heft 1—6.

[4]) Siehe Adele Schreiber: „Die Ansätze neuer Sittlichkeitsbegriffe im Hinblick auf die Mutterschaft", Aufsatz i. „Mutterschaft", herausg. v. A. Schreiber, München 1912.

[5]) Siehe A. Fischer: „Zehn Jahre Propagandaarbeit für Mutterschaftsversicherung", Sozialhyg. Mitteil. 1917 Heft 2.

Als Erfolge dieser Bemühungen in Deutschland sind die sogenannte Kriegswochenhilfe, die durch die Bundesratsverordnung[1]) vom 3. Dezember 1914 geschaffen wurde, und die oben genannten, mehrfach veränderten Verordnungen über Wochenhilfe bezw. Wochenfürsorge anzusehen.

Durch diese Maßnahmen wurde die Mütterfürsorge in einem Umfange ausgedehnt, wie es der größte Optimist vor dem Kriege nicht erwartet hat. Und doch ist auch heute unser Wochenhilfegesetz, wie sich insbesondere aus den oben angeführten geringen Geldbeträgen ergibt, noch unzureichend. Man wird auch W. Salomon[2]) zustimmen, wenn er tadelt, daß vor dem zurzeit geltenden Gesetz die Wöchnerinnen und Stillenden (hinsichtlich der ihnen von Krankenkassen gewährten Unterstützungen, deren Höhe sich nach den Lohnstufen richtet) nicht gleich sind, was vom sozialhygienischen Standpunkte aus wünschenswert ist.

Gegen den Mutterschutzgedanken wurden aus mancherlei Gründen Bedenken geäußert. Dazu hatte der Bund für Mutterschutz, obwohl er sich in mancher Hinsicht Verdienste erworben hat, Anlaß gegeben, indem er die rein gesundheitlichen Ziele mit den sogenannten neuethischen Forderungen verband und hierbei die uneheliche Mutter gewissermaßen noch mit einem Heiligenschein umgeben wollte. Hiergegen ist Widerspruch aus einigen katholischen[3]) Kreisen laut geworden; aber weder die Zentrumspartei noch die katholische Kirche haben die geldliche Unterstützung unehelicher Wöchnerinnen mißbilligt, da ja sonst das an seiner unehelichen Geburt unschuldige Kind des hygienischen Nutzens der Mutterschaftsversicherung beraubt worden wäre. M. v. Gruber hat auf einer Tagung[4]) im Jahre 1913 die zugunsten der unehelichen wie der ehelichen Mutter unterschiedslos auszubauende Mutterschaftsversicherung als den „Sarg der Familie“ bezeichnet. In ähnlichem Sinne hat sich 1919 der badische Landesgewerbearzt Holtzmann[5]) gegen die Verordnung betr. Wochenhilfe gewandt, weil hierbei auch die Unterstützung der unehelichen Mütter, soweit sie Angehörige von Krankenkassenmitgliedern sind, vorgesehen ist. Die Rücksichtnahme auf die Stärkung des Familiensinns ist gewiß geboten; daß jedoch durch die lediglich der Gesunderhaltung der Mütter und Säuglinge dienende Wochenhilfe, auch wenn sie den Unehelichen zugute kommt, der Familiensinn irgendwie eine Einbuße erleidet, ist nicht zu erwarten und nicht bekannt geworden. Aber selbst wenn in einigen Fällen ein Mißbrauch vorkommen sollte, so kann darum doch nicht auf den Segen, den die unterschiedslose Wochenhilfe spendet, verzichtet werden.

Erwähnt sei noch, daß, als durch die Reichsversicherungsordnung die Wochenhilfe auch für die landwirtschaftlichen Arbeiterinnen gehörig ausgebaut werden sollte, seitens der Großgrundbesitzer[6]) erklärt wurde, „die gesündere ländliche Lebensweise ermöglicht es dort der Arbeiterfrau, der Regel nach in spätestens vier Wochen ihrer gewohnten Beschäftigung nachzugehen, so daß die grundsätzliche Gewähr einer achtwöchigen Unterstützung eine unnütze Belastung der Krankenkassen darstellen würde, die doch auch nicht im Interesse der ihren Beitrag zahlenden Arbeitnehmer liegt“.

Durch die Wochenhilfe werden mit verhältnismäßig geringen Mitteln sogleich große erkennbare Erfolge hinsichtlich der Gesunderhaltung der Mütter und Kinder erzielt, weil hier die Geldausgabe in dem richtigen Augenblick erfolgt. Wie wir in dem folgenden Abschnitt zeigen werden, sind

---

[1]) Um das Zustandekommen dieser Verordnung hat sich Geheimrat Spielhagen, wie aus der Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkinderschutz 1917 S. 580 zu ersehen ist, außerordentliche Verdienste erworben.

[2]) W. Salomon: „Kritische Betrachtungen zur Wöchnerinnenfürsorge“, Zeitschr. f. soz. Hyg., Fürsorge- und Krankenhauswesen 1922 Jahrg. 3 Heft 15.

[3]) Siehe Joseph Mausbach: „Der christliche Familiengedanke im Gegensatz zur modernen Mutterschutzbewegung“, Münster i. W. 1908; ferner „Zur Frage der Mutterschaftsversicherung“, Kölnische Zeitung vom 19. Februar 1910 (Nr. 181).

[4]) Siehe Bericht über die 38. Versammlung d. Deutsch. Ver. f. öffentl. Gesundheitspflege, Braunschweig 1914, S. 175; vgl. dazu den Aufsatz von A. Fischer in der Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 23 und die Antwort Grubers, ebenda.

[5]) Holtzmann: „Das neue Gesetz über Wochenhilfe“, Soz. Praxis 1919 Bd. 29 Nr. 8.

[6]) Siehe Frhr. v. Mirbach: „Mutterschutz auf dem Lande“, Der Tag vom 22. Juni 1911 (Nr. 144).

die Säuglinge ganz besonders in den ersten Lebenswochen und -monaten gefährdet; es kommt also vor allem darauf an, daß die Neugeborenen in den ersten Monaten von der Mutter gepflegt und gestillt werden. Dies Ziel wird durch die Wochenhilfe erreicht; darum liegt in dieser Maßnahme ein so außerordentlich hoher gesundheitlicher Wert.

Im Hinblick darauf, daß, wie oben dargelegt wurde, so zahlreiche Niederkünfte ohne Hebammenbeistand erfolgten, ist das am 1. April 1923 in Kraft getretene preußische Hebammengesetz[1]) als ein erheblicher Fortschritt zu begrüßen. Das Gesetz erstrebt eine hinreichende und gleichmäßige Verteilung der Hebammen in Stadt und Land. Soweit die Zahl der frei praktizierenden Hebammen nicht genügt, können festbesoldete Bezirkshebammen angestellt werden. Auch den freien Hebammen wird von Staats wegen ein Mindesteinkommen gesichert. Man hofft dadurch zugleich das Abtreibungsgeschäft, an dem oft Hebammen beteiligt sind, zu bekämpfen.

Erforderlich ist sodann, daß eine genügende Zahl zweckdienlich eingerichteter Entbindungsanstalten vorhanden ist. Die an sich gewiß berechtigte Forderung: „Die Geburt als wichtigstes Familienereignis gehört an den häuslichen Herd" kann leider schon im Hinblick auf die im Abschnitt „Wohnungswesen" geschilderten Zustände in sehr häufigen Fällen vom gesundheitlichen Standpunkte aus nicht unterstützt werden, und zwar gegenwärtig noch weniger als je zuvor.

Nach amtlichen Angaben waren in Preußen[2]) 66 Entbindungsanstalten mit 3182 Betten im Jahre 1913, dagegen 90 Entbindungsanstalten mit 3824 Betten im Jahre 1921 vorhanden. Jedoch nicht nur die Zahl der Anstalten und Betten, sondern auch die Ziffer der in Anstalten Entbundenen hat seit dem letzten Jahre vor dem Kriege zugenommen; auf 1209385 Geborene (einschl. Totgeborene) im Jahre 1913 kamen 43049 in Anstalten Entbundene, dagegen im Jahre 1921 auf 1001473 Geborene (einschl. Totgeborene) 56283 in Anstalten Entbundene. Es wurden aber selbst im Jahre 1921 nur etwa 6% aller Mütter in Anstalten entbunden. St. Engel[3]) teilt mit, daß 1921 in Dortmund, wo eine geeignete Anstalt vorhanden ist, von den ehelichen Geburten 14,8, von den unehelichen 53,1% in Anstalten erfolgten.

Eine segensreiche Tätigkeit entfalten auch die Hauspflegevereine, die durch geeignete Kräfte einen Ersatz für die an der Erledigung der Hausarbeiten behinderten jungen Mütter zu bieten sich bemühen.

Für die Unterkunft unehelicher Mütter sind in vielen Städten Mütterheime[4]) eingerichtet worden; aber die vorhandene Zahl solcher Anstalten entspricht noch bei weitem nicht den bestehenden Bedürfnissen. Wie ein gesundheitlichen Ansprüchen genügendes Mütterheim zu gestalten ist, zeigt unsere Abbildung 46 (S. 248).

Durch all die genannten und viele andere (kleinere) Mittel sucht man die Gesundheitsverhältnisse der Mütter zu verbessern; Fortschritte sind ja auch in den letzten Jahren unzweifelhaft erreicht worden. Dennoch muß man Tugendreich, der betont, daß die

[1]) Vgl. die Darlegungen von Bundt, Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1924 S. 360 ff.

[2]) Siehe Statistisches Jahrbuch f. d. Freistaat Preußen Bd. 19, Berlin 1923. Erwähnt sei noch, daß 1913 in allen deutschen Entbindungsanstalten nur 3,3% aller Entbundenen niederkamen.

[3]) St. Engel, siehe Literatur S. 253 Ziffer 3.

[4]) Lotte Möller teilt in dem Aufsatz „Unterkunftsheime für ledige Mütter" (Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1922 Heft 3) mit, daß die Anfrage der Vereinigung des Provinzial-Wohlfahrtsamtes Sachsen an alle Pflege- und Wohlfahrtsämter, ob ein dringendes Bedürfnis nach Unterkunftsheimen für ledige Mütter besteht, fast von allen bejaht wurde.

bisherige Mütterfürsorge keinen Vergleich mit der blühenden Säuglingsfürsorge aushält, und daß dies zu beklagen ist, weil die beiden Zweige der Wohlfahrt aufs engste miteinander verbunden sind, durchaus zustimmen.

Literatur: *1.* **A. Bluhm:** *a) „Mutterschaftsfürsorge", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; b) siehe Literatur S. 94 Ziffer 3. — 2.* **Bossi:** *„Einfluß der Menstruation, der Schwangerschaft, der Geburt und des Puerperalstadiums auf die Muskelkraft", Arch. f. Gynäkol. 1913 Bd. 68. — 3.* **Lily Braun:** *„Die Mutterschaftsversicherung", Berlin 1906. — 4.* **Bunge:** *„Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen", 2. Aufl., München 1902, 5. Aufl. 1907. — 5.* **A. Fischer:** *a) „Staatliche und private Mutterschaftsversicherung", Deutsch. med. Wochenschrift 1907 Nr. 33—35; b) „Über Mutterschaftsversicherung und Mutterschaftskassen", Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1909 Heft 3 u. 4; c) „Die Mutterschaftsversicherung in den europäischen Ländern", 2. Aufl., Gautzsch bei Leipzig 1911; d) „Zehn Jahre Propagandaarbeit für Mutterschaftsversicherung", Sozialhyg. Mitteil. 1917 Jahrg. 1 Heft 2; e) „Die hygienischen Wirkungen der Reichswochenhilfe", Bericht über den 5. deutsch. Kongreß für Säuglingsschutz, Berlin 1917 (siehe auch Sozialhyg. Mitteil. 1917 Jahrg. 1 Heft 3 u. 4). — 6.* **J. P. Frank:** *„System einer vollständigen medicinischen Polizey", Mannheim 1780, Bd. 1. — 7.* **Louis Frank, Keifer** *u.* **Louis Maingie:** *„Die Versicherung der Mutterschaft", deutsch. Übers. von N. C. Mardon, Leipzig 1902. — 8.* **Henriette Fürth:** *„Die Mutterschaftsversicherung", Jena 1911. — 9.* **M. Hirsch:** *„Leitfaden d. Berufskrankheiten d. Frau mit bes. Berücksichtigung d. Gynäkologie u. Geburtshilfe im Lichte d. sozialen Hygiene", Stuttgart 1919. — 10.* **H. Jaeger:** *a) „Gedanken und Wünsche zum kommenden Ausbau der Mutterschaftsfürsorge", Blätter f. Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge 1919, Februar; b) „Die Wochenhilfe, Kommentar", München 1920. — 11.* **J. Krause:** *„Wochenhilfe, Wochenfürsorge u. Familienhilfe, Kommentar", 3. Aufl. Stuttgart 1922. — 12.* **R. Levinsohn:** *Siehe Fußnote 2 S. 51. — 13.* **E. Lüders:** *„Das Problem der Mutterschaftsversicherung", Zeitschr. f. d. gesamte Versicherungswissensch. 1905 Bd. V Heft 1. — 14.* **M. Marcuse:** *„Uneheliche Mütter", Berlin 1906. — 15.* **P. Mayet:** *a) „Umbau u. Weiterbildung d. sozialen Versicherung", Med. Reform 1906 Nr. 10 u. 11 sowie Nr. 24 S. 294 ff.; b) „Der Schutz von Mutter u. Kind durch reichsgesetzliche Mutterschafts- u. Familienversicherung", Berlin 1911; c) „Die Sicherung der Volksvermehrung", Med. Reform 1914 Nr. 11, 12 u. 13; d) „Allgemeine Mutterschaftsversicherung", Med. Reform 1915 Nr. 25; e) „Uneheliche Mütter" (mit Vorwort von R. Lennhoff), Berlin 1919. — 16.* **L. Moll:** *„Zur Psychologie u. Psychopathologie der Mutterschaft (Die Maternitätsneurose)", Beiträge z. soz. Hyg. d. Säugl.- u. Kleinkindesalters, Berlin 1920. — 17.* **S. Peller:** *a) „Der Einfluß d. sozialen Lage auf d. Gewicht u. d. Länge des Neugeborenen", Verhandl. d. Gesellsch. deutsch. Naturforsch. u. Ärzte, 85. Versamml. Teil II 2. Hälfte S. 1088, Leipzig 1914; b) „Zur Begründung des Schwangerenschutzes durch anthropometrische Untersuchungen an Neugeborenen", Zeitschr. f. soz. Hyg., Fürsorge- u. Krankenhauswesen 1922 Jahrg. 3 Heft 13. — 18.* **F. Rott:** *„Die Gestaltung d. Mutterschaftsversicherung nach dem Kriege", Bericht über den 5. Deutsch. Kongreß f. Säuglingssch., Berlin 1917. — 19.* **A. Salomon:** *„Mutterschutz u. Mutterschaftsversicherung", Schrift d. Deutsch. Ver. f. Armenpfl. u. Wohltät. Heft 14, Leipzig 1908. — 20.* **Paolina Schiff:** *„Sulla necessita della instituzione di una assicurazione mutua della maternita", Milano 1897. — 21.* **Adele Schreiber:** *„Mutterschaft", München 1912. — 22.* **Schwartz** *(gemeinsam mit Köttnitz u. Schuler): a) „Die Überbürdung der Arbeiterinnen u. Kinder in Fabriken", Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1886 Bd. 18 Heft 1; b) „Die Folgen der Beschäftigung verheirateter Frauen in Fabriken vom Standpunkt d. öffentl. Gesundheitspflege u. Sozialreform", ebenda 1903, Bd. 35 Heft 2. — 23.* **H. Sellheim:** *a) „Die Geburt des Menschen", Deutsche Frauenheilkunde Bd. 1 S. 290 ff., Wiesbaden 1913; b) „Natur, Kultur und Frau", Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 2—4. — 24.* **O. Solbrig:** *„Die Kindbettfiebererkrankungen im Reg.-Bez. Allenstein i. d. Jahren 1907—1909", Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1910 Nr. 9. — 25.* **G. Tugendreich:** *a) „Die Mutter- u. Säuglingsfürsorge", Stuttgart 1910; b) „Mutterfürsorge", Art. i. Handw. d. Kommunalwissensch. Bd. 3, Jena 1923. — 26.* **W. Weinberg:** *„Kindbettfieber und Kindbettsterblichkeit", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912.*

2. Säuglinge.

Über die Neugeborenen haben wir schon außer in dem Abschnitt „Mütter" auch in dem Abschnitt „Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung" mancherlei angeführt; wir haben bereits über ihre Zahl nach dem Geschlecht (S. 53 u. 54), nach der ehelichen oder unehelichen Abkunft (ebenda) und nach dem Beruf der Eltern (S. 52) sowie über ihre Sterblichkeitsziffern im allgemeinen (S. 55 u. 56) und über ihre Sterblichkeit je nach

der Wohlhabenheit der Eltern (S. 61) berichtet. Es ist nun aber erforderlich, hier noch einige ergänzende Angaben über die sozialhygienischen Zustände der Säuglinge anzufügen.

a) Kulturelle Einflüsse auf die Gesundheitsverhältnisse der Säuglinge.

α) Die Einflüsse der künstlichen Ernährung.

Für das Schicksal des Säuglings ist neben der auf die Welt mitgebrachten Körperbeschaffenheit nichts so bedeutungsvoll wie die naturgemäße Ernährung. Brustkinder zeigen ein viel besseres Aussehen im allgemeinen als Flaschenkinder, so daß jeder erfahrene Arzt fast stets sofort erkennt, ob der Säugling Muttermilch erhält.

Vielfach ist die Ernährungsart entscheidend für die körperliche Entfaltung auch in den späteren Jahren. Schon im Jahre 1881 hat Russow angegeben, daß die Kinder, welche als Säuglinge die Mutterbrust erhalten hatten, in jedem der ersten acht Lebensjahre durchschnittlich ein höheres Gewicht und einen größeren Wuchs aufwiesen als die, welche mit der Flasche aufgezogen wurden. Friedjung hat 1907 bei den von ihm befragten 155 Turnern den Einfluß der ehemaligen Säuglingsnahrungsweise auf die turnerischen Leistungen festgestellt. C. Röse hat im Jahre 1908 dargelegt, daß bei den nichtgestillten Schulkindern 32%, von den gestillten aber nur 21—23% (je nach der Dauer der Brustnahrung) an kariösen Zähnen litten; er hatte schon im Jahre 1905 auf Grund eines Zahlenstoffes, der 164000 Personen betraf, mitgeteilt, daß, je länger die Leute gestillt waren, um so größer das Körpergewicht, um so weiter der Brustumfang und um so höher die Militärtauglichkeit waren. Groth und Hahn haben 1910 für ganz Bayern den Zusammenhang der Militärtauglichkeit mit der natürlichen Ernährungsweise nachgewiesen. Gettkant[1]) und Helbich[1]) haben im Schuljahr 1913/14 bei Schöneberger Schulkindern die Überlegenheit der einstigen Brustnahrung festgestellt. Wenn auch keine dieser Angaben allein als einwandfreier Beweis anzusehen ist, so veranschaulichen sie gemeinsam doch immerhin, wie groß der Nutzen der Brustnahrung nicht nur für die Säuglings-, sondern für die ganze Jugendzeit[2]) ist, und welchen Schaden alle die im vorigen Abschnitt angeführten kulturellen Einflüsse, welche die Stilltätigkeit hemmen, ausüben.

[1]) Gettkant u. Helbich: „Aus der schulärztlichen Tätigkeit zu Berlin-Schöneberg im Schuljahr 1913/14", Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1915 S. 40.

[2]) Von Berliner Schulärzten wurde allerdings angegeben, daß am Ende des 6. Lebensjahres ein Einfluß der Ernährungsart im Säuglingsalter nicht mehr feststellbar ist. (Siehe Paul Meyer: a) Bericht über die Tätigkeit der Berliner Schulärzte im Jahre 1909/10 bezw. 1910/11", Berlin 1911; b) „Schulhygiene und Volkswehrkraft", Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1918 S. 102 ff.) — Karl Opitz betont — nicht ohne Berechtigung —, daß Ergebnisse solcher Untersuchungen, bei denen die einstige Bruststillung nicht erwiesen ist, sondern nur nach Jahren von den Müttern oder den Befragten angegeben wird, als einwandfrei nicht gelten können. Opitz hat bei seinen Schüleruntersuchungen im Kreise Peine als Unterlagen für die einstige Säuglingsernährung die genauen Aufzeichnungen der Hebammen aus den Jahren 1910 und 1911 benutzt. Er kam zu dem Ergebnis, daß die längere Zeit gestillten Kinder den unzulänglich ernährten Säuglingen während des Schulalters besonders hinsichtlich der Beschaffenheit der Zähne und des Knochengerüstes überlegen sind; Unterschiede bei der Körpergröße und dem Gewicht wurden jedoch nicht festgestellt. (Siehe K. Opitz: „Der Einfluß des Stillens auf die Körperbeschaffenheit von Schulkindern", Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1920 S. 305 ff.) Ganz einwandfrei ist aber auch die Untersuchungsweise von Opitz nicht. Denn sie konnte naturgemäß nur die Kinder erfassen, die das Schulalter erreicht haben; unter den vor dem 6. Lebensjahr gestorbenen Kindern waren jedoch unzweifelhaft verhältnismäßig viel mehr nicht gestillte als gestillte, so daß bei den nicht gestillten Kindern, die das 6. Lebensjahr erreicht haben, eine besonders gute Konstitution, sei es, daß diese auf Vererbung oder auf einer günstigen sozialen Lage beruht, anzunehmen ist. Dieser Unterschied bei der durchschnittlichen Konstitutionsbeschaffenheit kann naturgemäß die Vergleichsergebnisse stark beeinflussen.

Diese ungünstigen Einwirkungen der künstlichen Ernährung erkennt man auch, wenn man die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse der Brustkinder mit denen der Flaschenkinder vergleicht.

In dem Abschnitt „Fortpflanzung" (S. 199) wurde bereits erwähnt, daß bei künstlicher Immunität das in dem mütterlichen Blut befindliche Antitoxin auf den Embryo übergeht. Diese Übertragung erfolgt auch durch die Milch einer künstlich immunisierten Mutter. Der Schluß liegt daher nahe, daß die auf natürliche Art entstandenen Antitoxine sich ebenfalls in der Milch finden und so in den Körper des Säuglings gelangen. Nur durch die Frauenmilch kann der menschliche Säugling diese Gegengiftkörper erhalten. Dazu kommt noch, daß auch sonst die Beschaffenheit der Frauenmilch durch keine noch so sorgfältig zubereitete Mischung vollkommen getreu nachgeahmt werden kann. Darum ist zu erwarten, daß die Säuglinge[1]), die mit Ersatzstoffen ernährt wurden, höhere Krankheitsziffern darbieten als die Brustkinder. Leider fehlen zuverlässige Angaben über die Häufigkeit der Erkrankungen an bestimmten Krankheiten; wir erhalten jedoch eine Vorstellung hiervon, wenn wir die Todesursachenstatistik betrachten. Mayet hat solche zahlenmäßige Übersicht geboten, die über den Krankheitsschutz durch Bruststillung unterrichtet; wir geben die Ziffern in unserer Tafel 51 wieder.

Tafel 51.

Krankheitsschutz durch Bruststillung.

Von je 1000 Säuglingen waren im Jahre 1900 in Berlin 332 an der Brust und 668 anders ernährt. Bei jeder Todesursache sollte man daher unter den Gestorbenen dieselbe Verteilung erwarten, letztere weicht aber zugunsten der Brustkinder ab.

Statt der jedesmal erwartungsmäßig*)	332
Brustkinder starben nur an:	
Englischer Krankheit	34
Magen- und Darmkatarrh	41
Abzehrung	49
Zahnen	62
Magenkatarrh	66
Gehirnwassersucht	67
Keuchhusten	83
Durchfall	89
Lungenschwindsucht	100
Kehlkopfentzündung	107
Lungenentzündung	115
Lebensschwäche	127
Syphilis	129
Schwämmchen	133
Drüsenabzehrung	152
Krämpfen	174
Hirnhautentzündung	195
nicht spezifizierten Todesursachen	203
Diphtheritis und Croup	208
Gelbsucht	258
Bronchitis	262
Gehirnschlag	286

*) „Erwartungsmäßig", d. h. erwartungsmäßiger Anteil an 1000, wenn die Todesfälle an einer Todesursache = 1000 gesetzt werden.

(Nach Mayet.)

Den außerordentlich großen Wert der natürlichen Ernährungsart erkennt man besonders daran, daß sie sogar die (noch zu erörternden) gewiß nicht geringen Einwirkungen der wirtschaftlichen Verhältnisse im allgemeinen fast ganz auszugleichen vermag. Kriege und Seutemann haben 1906 gezeigt, daß in Barmen bei einem Jahreseinkommen der Väter bis 1500 ℳ von den Brustkindern 7,3, von den Flaschenkindern 31,6 % starben; bei einem Einkommen über 1500 ℳ betrug die Sterblichkeit der Brustkinder 6,4, die der Flaschenkinder 12,5 %. Man sieht also, daß die Brustkinder der Armen eine geringere

[1]) Auch Tiere, die mit artfremder Milch aufgezogen werden, gedeihen schlechter, als die, welche von ihren Müttern oder Ammen der gleichen Art gestillt werden.

Sterblichkeit aufweisen als die Flaschenkinder der Wohlhabenderen. Ähnliche Ergebnisse wurden dann in mehreren anderen (ländlichen und städtischen) Gemeinden gewonnen.

So bedeutungsvoll das Stillen ist, so wird man es in gewissen Fällen doch für günstiger halten müssen, wenn der Säugling die Milch seiner Mutter nicht erhält. Dies gilt besonders für tuberkulöse Mütter und für solche, die mit Giften arbeiten. Fleck[1]) hat nachgewiesen, daß durch die Milch bleikranker Mütter die Säuglinge bleikrank werden. Kostial[2]) teilt 1868 mit, daß plötzliche Todesfälle von Säuglingen nur durch unmittelbaren Übergang von Tabakgiften in die Milch und auf diese Art entstandene Nikotinvergiftungen erklärt werden konnten.

β) Sonstige kulturelle Einflüsse.

Außer der Ernährungsart, die ja fast stets von den kulturellen Verhältnissen abhängt, wirken, wie schon erwähnt wurde, noch mannigfache andere Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die Gesundheit der Säuglinge ein. Wir erkennen dies zunächst, wenn wir die jeweiligen Säuglingssterblichkeitsziffern in den wichtigsten europäischen und außereuropäischen Staaten, bezw. in den deutschen Gliedstaaten miteinander vergleichen.

Tafel 52.

Die Säuglingssterblichkeit in den wichtigsten europäischen und außereuropäischen Staaten.

Auf 100 Lebendgeborene kamen:

Staaten	Im Jahre	Gestorbene	Staaten	Im Jahre	Gestorbene
Deutsches Reich .	1922	13,0	England u. Wales .	1922	7,7
Österreich	1920	14,7	Schottland	1922	10,1
Ungarn	1922	20,0	Ver. Staat. v. Amerika	1920	8,6
Rumänien	1920	23,1	Kanada	1921	8,8
Schweiz	1921	7,4	Argentinien	1921	11,1
Frankreich	1921	11,5	Japan	1921	16,8
Belgien	1921	11,5	Viktoria	1921	7,3
Niederlande . . .	1922	6,7	Westaustralien . .	1921	7,8
Dänemark	1922	6,9	Austral. Staatenbund	1921	6,6
Norwegen	1920	5,6	Neu-Seeland . . .	1921	4,8

(Nach Stat. Jahrbuch f. d. Deutsche Reich 1923.)

Die Tafel 52 zeigt, daß die Sterblichkeitsverhältnisse[3]) in den einzelnen Staaten sehr verschieden sind; in Rumänien starben über 23, in Neu-Seeland und in Norwegen

[1]) Fleck: „Krankheiten der Maler, Anstreicher und Lackierer", Abhandl. i. Handb. d. Arbeiterkrankheiten, herausg. v. Th. Weyl, Jena 1908.

[2]) Nach Angabe von Stephani (siehe „Die Krankheiten der Tabakarbeiter", Abh. i. Weyls Handb. d. Arbeiterkrankheiten, Jena 1908).

[3]) Es sind Bedenken dagegen, daß die Ziffern der Gestorbenen eines bestimmten Jahres zu der Zahl der Lebendgeborenen desselben Jahres in Beziehung gesetzt werden, geäußert worden. Hans Schmelzle hat aber in seiner Arbeit „Methodisches zur Berechnung der Säuglingssterblichkeit' (Zeitschr. d. Bayer. Statist. Landesamts 1913 Jahrg. 45 Nr. 4) diese Bedenken entkräftet. Er legte auf Grund einer Untersuchung des bayerischen Zahlenstoffes dar, „daß die bisherige Berechnungsmethode in den allermeisten Fällen der Säuglingssterblichkeit hinreichend genaue Ergebnisse liefert. Dies ist um so mehr der Fall, je größer das Beobachtungsgebiet ist. Nur wo es sich um geographisch eng begrenzte Beobachtungsgebiete, z. B. kleinere Gemeinden, handelt, werden ihre Ergebnisse unsicher".

Tafel 53.

Die Lebendgeborenen in den wichtigsten europäischen und außereuropäischen Staaten.

Auf 1000 Einwohner kamen:

Staaten	Im Jahre	Lebendgeborene	Staaten	Im Jahre	Lebendgeborene
Deutsches Reich .	1921	25,3	England u. Wales .	1922	20,4
Österreich	1921	23,6	Schottland	1922	23,5
Ungarn	1922	29,4	Ver. Staat. v. Amerika	1920	23,7
Rumänien	.	.	Kanada	1921	29,4
Schweiz	1920	20,9	Argentinien	1921	32,6
Frankreich	1920	21,3	Japan	1921	35,1
Belgien	1920	21,6	Viktoria	.	.
Niederlande . . .	1922	25,9	Westaustralien . .	.	.
Dänemark	1922	22,3	Austral. Staatenbund	1921	25,0
Norwegen	1920	26,8	Neu-Seeland . . .	1921	23,3

(Nach Stat. Jahrbuch f. d. Deutsche Reich 1923 bezw. 1921/22.)

nur gegen 5% der Lebendgeborenen. Hierbei spielen gewiß auch Einflüsse der physischen Umwelt eine große Rolle. Ausschlaggebend sind jedoch wohl vor allem die kulturellen Zustände. Im allgemeinen finden wir in den agrarischen Staaten (Niederlande, Dänemark) sehr niedere Sterblichkeitszahlen. Aber auch in industriellen Ländern wie England und Belgien ist die Säuglingssterblichkeit geringer als in Deutschland, offenbar weil dort die wirtschaftliche Lage der breiten Volksschichten im allgemeinen günstiger ist als bei uns. Die Sterblichkeitshöhe hängt jedoch zum Teil auch von der Geburtenzahl ab. Die Tafel 53 zeigt, daß in Deutschland verhältnismäßig mehr Kinder geboren werden als in Belgien und England. Gewiß sind zum Teil hierauf unsere größeren Sterbeziffern zurückzuführen. Aber es sei doch darauf hingewiesen, daß in manchen Staaten (Niederlande, Norwegen, auch Kanada, Argentinien u. a. m.) trotz höherer Geburtenzahlen die Säuglingssterblichkeit geringer ist als bei uns. Die verhältnismäßig niedere Sterblichkeit in Frankreich beruht offenbar im wesentlichen auf der kleinen Geburtenziffer.

Wie stark die Sterblichkeitsziffern in den einzelnen deutschen Gliedstaaten voneinander abweichen, zeigt die Tafel 54.

Wir entnehmen der Tafel 54, daß während des Jahres 1922 die Säuglingssterblichkeit in Bayern r. d. Rh., Schlesien und Mecklenburg im Verhältnis zu den anderen deutschen Gebieten besonders hoch war. Ungefähr dieselben Ergebnisse zeigten sich im letzten Vorkriegsjahr sowie während des Krieges. Man kann hierbei nicht sagen, daß die mehr landwirtschaftlichen Gebiete besser oder schlechter dastehen als die industriellen. Vor allem sind bei Vergleichen auch die Geburtenziffern (siehe Tafel 5 S. 48) zu berücksichtigen. Die Unterschiede zu erklären, ist ohne genaue Kenntnisse der Einzelheiten unmöglich. Denn als Ursachen der günstigen oder ungünstigen Sterblichkeitsverhältnisse kommen mannigfaltige kulturelle Einflüsse (neben den natürlichen) in Betracht, und zumeist wirken mehrere gleichzeitig einander ergänzend oder hemmend ein.

Einen Einblick in die Wirkung der kulturellen Einflüsse erhalten wir auch, wenn wir die deutschen Säuglingssterblichkeitsverhältnisse während der letzten beiden Jahrzehnte betrachten; in unserer Tafel 55 sind die betreffenden Zahlen enthalten.

Tafel 54.

Die Säuglingssterblichkeit in den Ländern und Landesteilen des Deutschen Reichs*) vor, während und nach dem Weltkriege.

Länder und Landesteile	Im 1. Lebensjahre Gestorbene (ohne Totgeborene) auf je 100 Lebendgeborene												
	ehelich	unehelich	überhaupt	ehelich	unehelich	überhaupt	ehelich	unehelich	überhaupt	ehelich	unehelich	überhaupt	überhaupt
	1913			1917			1918			1921			1922
Ostpreußen	17,1	30,4	18,5	15,1	26,3	16,8	13,7	24,5	15,7	12,4	23,2	13,7	14,0
Westpreußen	18,1	32,4	19,1	16,2	32,5	18,1	16,2	30,8	18,4	14,0	26,3	15,2	14,9
Stadt Berlin	12,0	19,4	13,7	12,7	21,4	14,6	12,4	23,4	14,7	9,7	27,0	12,3	14,2
Brandenburg	14,7	27,5	16,2	14,4	29,2	16,5	14,1	27,5	16,1	13,1	24,8	14,5	15,1
Pommern	16,7	24,7	17,6	14,9	25,0	16,6	14,7	23,7	16,5	12,6	24,6	14,4	14,3
Posen	16,7	35,5	17,7	14,7	29,7	16,0	15,6	32,0	17,4				
Niederschlesien	18,4	27,9	19,4	16,7	27,8	18,0	19,4	28,2	20,5	16,7	27,0	18,3	17,4
Oberschlesien										19,6	35,5	20,9	18,5
Sachsen	14,8	24,0	15,9	14,8	25,4	16,4	14,4	23,6	15,9	12,8	23,7	14,3	13,8
Schlesw.-Holstein	10,9	23,4	12,2	10,6	23,6	12,2	10,6	23,6	12,3	8,8	21,3	10.1	11,3
Hannover	10,0	20,0	10,8	10,2	20,8	11,2	10,8	20,9	11,9	8,3	19,9	9,2	9,3
Westfalen	12,0	24,8	12,4	10,6	24,0	11,1	12,0	22,9	12,5	10,4	24,6	11,1	11,1
Hessen-Nassau	8,4	17,9	9,1	9,6	18,8	10,4	10,4	21,5	11,5	8,2	21,9	9,1	8,8
Rheinprovinz	12,1	24,2	12,7	12,1	27,5	13,0	13,0	26,5	13,8	11,2	25,2	12,1	11,4
Hohenzollern	14,1	17,8	14,2	15,8	28,1	16,8	17,3	24,7	18,1	12,0	15,7	12,3	12,0
Preußen	14,0	25,5	15,0	13,3	26,2	14,6	14,0	25,8	15,4	12,1	25,3	13,4	12,9
Bayern r. d. Rh.	18,1	24,5	19,0	17,8	25,3	19,0	20,2	29,4	21,9	16,5	23,9	17,5	16,6
Bayern l. d. Rh.	12,6	22,2	13,3	12,1	23,3	13,0	13,3	23,5	14,1	10,6	20,5	11,4	11,2
Bayern	17,3	24,3	18,2	17,0	25,1	18,2	19,2	29,0	20,8	15,8	23,7	16,8	15,9
Coburg	15,3	24,4	16,4	15,4	19,8	15,9	13,3	33,0	15,8				
Bayern m. Coburg	17,3	24,3	18,2	17,0	25,1	18,2	19,2	29,0	20,8	15,8	23,7	16,8	15,9
Sachsen	14,8	20,7	15,7	13,4	21,1	14,5	12,9	19,3	13,8	11,1	19,4	12,3	12,7
Württemberg	13,5	19,5	14,0	13,7	20,8	14,5	14,6	21,8	15,5	10,6	17,1	11,2	11,6
Baden	13,2	19,9	13,8	13,2	20,7	14,0	14,1	20,5	14,9	10,9	17,6	11,5	10,8
Thüringen	13,7	19,0	14,3	12,9	23,2	14,3	13,9	23,1	15,2	11,8	19,2	12,6	11,4
Hessen	8,6	16,6	9,3	10,3	19,7	11,2	10,2	19,0	11,2	8,3	19,9	9,2	8,9
Hamburg	10,0	19,4	11,3	9,1	20,2	10,5	10,3	21,6	11,8	8,2	19,7	9,5	10,8
Mecklenburg-Schwerin	14,7	25,5	16,3	14,7	29,6	17,6	15,2	28,9	18,1	12,8	25,9	15,3	15,5
Oldenburg	9,7	21,0	10,3	10,3	18,3	10,9	10,3	18,1	11,0	8,7	18,0	9,3	9,2
Braunschweig	12,9	20,7	13,8	12,0	22,9	13,7	12,7	22,1	14,3	10,4	20,9	11,8	10,6
Anhalt	15,0	20,2	15,7	14,6	27,3	16,5	13,7	25,1	15,4	13,0	21,6	14,2	13,2
Bremen	9,5	21,4	10,7	8,9	19,4	10,1	10,8	20,3	12,0	8,0	26,1	9,7	10,9
Lippe	9,4	12,6	9,5	9,9	24,5	10,9	10,7	20,7	11,4	7,4	13,7	7,7	7,8
Lübeck	12,8	17,0	13,4	10,1	28,4	12,7	13,0	23,1	14,6	9,5	25,2	11,3	12,6
Mecklenburg-Strelitz	16,3	26,3	17,8	16,8	28,3	19,0	16,1	31,6	19,4	12,8	24,5	14,9	16,6
Waldeck	6,3	17,9	6,9	11,1	27,9	12,0	10,7	16,7	11,1	5,9	26,9	6,9	5,1
Schaumburg-Lippe	7,5	9,8	7,6	9,9	20,7	10,5	10,6	8,3	10,5	8,2	13,3	8,4	5,6
Deutsches Reich	14,2	23,7	15,1	13,6	25,0	14,9	14,4	25,3	15,8	12,2	23,5	13,4	12,9

*) Die abgetretenen Gebiete sind jeweils vom Abtretungsjahr an unberücksichtigt geblieben.

(Nach Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1923.)

Tafel 55.

Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich*) vor, während und nach dem Weltkrieg.

Im Jahre	Im 1. Lebensjahr Gestorbene (ohne Totgeborene) auf je 100 Lebendgeborene								
	bei den Knaben			bei den Mädchen			bei beiden Geschlechtern		
	ehelich	unehelich	überhaupt	ehelich	unehelich	überhaupt	ehelich	unehelich	überhaupt
1901	21 0	36 0	22 3	17,8	31,7	19,0	19,4	33,9	20,7
1906	19,0	31,7	20,1	15,9	27,1	16,9	17,5	29,4	18,5
1910	16,6	27,6	17,6	13,8	23,6	14,7	15,2	25,7	16,2
1911	19,6	32.0	20,7	16,7	27,7	17,7	18,2	29,9	19,2
1912	15,1	25,1	16,0	12,5	21,3	13,4	13,9	23,2	14,7
1913	15,4	25,7	16,4	12,8	21,7	13,7	14,2	23,7	15,1
1914	16,7	27,2	17,7	14.0	23,2	14,9	15,4	25,3	16,4
1915	15,1	23,6	16,0	12,7	20,5	13,5	13,9	22,1	14,8
1916	14,2	23,1	15,2	11,9	20,3	12,8	13,1	21,8	14,0
1917	14,7	26,9	16,1	12,4	23,1	13,6	13,6	25,0	14,9
1918	15,7	27,2	17,2	13,0	23,3	14,3	14,4	25,3	15,8
1919	14,2	28,1	15,8	11,7	23,8	13,1	13,0	26,0	14,5
1920	13,1	24,8	14,4	10,6	21,1	11,8	11,9	23,0	13,1
1921	13,4	25,5	14,6	10,9	21,3	12,0	12,2	23,5	13,4
1922	.	.	.	.	.	.	.	.	12,9

*) Die abgetretenen Gebiete sind jeweils vom Abtretungsjahr an unberücksichtigt geblieben.

(Nach Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1923.)

Die Tafel 55 zeigt, daß im Jahre 1901 die Säuglingssterblichkeit noch sehr hoch war, daß sie aber bis zum Jahre 1910 erheblich gefallen ist. Unterbrochen wurde diese Entwicklung im Jahre 1911, das durch einen besonders heißen Sommer gekennzeichnet ist. In den Jahren 1912 und 1913 sanken die Sterbeziffern dann wieder. Im ersten Kriegsjahr (1914) finden wir einen beträchtlichen Anstieg, und man befürchtete eine große Säuglingssterblichkeit, falls der Krieg fortgeführt werden würde. Diese Erwartung trat nicht ein. Denn im Dezember 1914 wurde die Kriegswochenhilfe geschaffen[1]), die, wie wir oben (S. 226) dargelegt haben, die Mütter zu einer weit ausgedehnten Stilltätigkeit veranlaßte; hierauf ist es wohl zum großen Teil zurückzuführen, daß die Säuglingssterblichkeit während des Krieges sogar geringer war als in den letzten Vorkriegsjahren. Es darf aber hierbei nicht übersehen werden, daß, wie unsere Tafel 5 (S. 48) zeigt, die Geburtenziffern während des Krieges erheblich gesunken sind.

Die Tafeln 54 und 55 belehren uns auch darüber, daß die gesundheitlichen Verhältnisse der unehelichen Säuglinge weit schlechter sind als die der ehelichen. Bei beiden Geschlechtern, in allen Landesgebieten und in jedem der in Betracht gezogenen Jahre starben erheblich mehr uneheliche Lebendgeborene als eheliche. Mehrfach haben wir bereits (insbesondere S. 47 ff.) auf den hohen hygienischen Wert des Familienlebens hingewiesen. Gerade für die Gesunderhaltung der Säuglinge ist das Band, das Mutter und Kind vereinigt, von entscheidender Bedeutung. Aber nur zu oft wird die uneheliche

[1]) Man hat gesagt, daß die Nahrungsmittelkarten (siehe S. 109) die deutsche erwachsene Zivilbevölkerung und die Kriegswochenhilfe die deutschen Säuglinge während des Krieges am Leben erhalten haben. Über den Wert der Nahrungsmittelkarten gehen die Ansichten auseinander, über die Kriegswochenhilfe besteht dagegen völlige Übereinstimmung.

Mutter gleich oder wenige Zeit nach der Niederkunft von ihrem Sprößling getrennt. Darauf beruht in allererster Linie die gesundheitlich schlechte Lage der unehelichen Säuglinge, die, wenn der Zusammenhang mit ihren Müttern zerrissen ist, nicht nur die natürliche Ernährung, sondern überhaupt die unersetzbare mütterliche Pflege und Liebe entbehren müssen. Dazu kommt dann noch, daß zahlreiche von den unehelichen Müttern sich während der Schwangerschaft in wirtschaftlich ungünstigen Verhältnissen befanden, was auf die Entwicklung des Kindes im Mutterleibe äußerst nachteilig einwirkte (vgl. die Tafeln 49 u. 50).

Die körperliche Minderwertigkeit der unehelichen Kinder gegenüber den ehelichen zeigt sich auch in der späteren Entwicklung. Spann hat 1909 Angaben veröffentlicht, wonach in Frankfurt a. M. „rund zweimal weniger Uneheliche das 2., und viermal weniger das 20. Lebensjahr" erreichten, und unter den Ehelichen 50,2, unter den Unehelichen aber nur 32,6 % militärtauglich waren. (Unterlagen, die sich auf unsere frühere Militärtauglichkeitsstatistik stützen, sind allerdings nur mit Vorsicht zu verwenden.) In mehreren Arbeiten hat Reiter sich mit der Körperbeschaffenheit der unehelichen Kinder befaßt; er gelangte zu dem Ergebnis, daß die unehelichen hinsichtlich der Körpermaße hinter den ehelichen zurückstehen, und daß sich unter den ersteren bedeutend mehr Fälle von geistiger Schwäche sowie psychopathischer Veranlagung finden als unter den letzteren. Er zieht aus seinen Untersuchungen den Schluß, daß „der Mehrzahl der Unehelichen eine minderwertige körperliche und geistige Veranlagung und geringere Widerstandsfähigkeit angeboren ist". Diesen Angaben stehen aber auch anderslautende Ergebnisse gegenüber. Peiper hat gefunden, daß das Körpergewicht der unehelichen Neugeborenen nicht nur nicht geringer, sondern größer ist als das der ehelichen; die Unehelichen würden zumeist von Personen, die in der Blüte der Jahre stehen und gesund sind, erzeugt werden, und lassen bei der Geburt keine Minderwertigkeit erkennen. Besonders hierauf stützte sich Hanauer, der bezweifelt, daß die behauptete Minderwertigkeit der Unehelichen hinreichend erwiesen ist, und die Frage aufwirft, ob es sich, wenn diese Minderwertigkeit festgestellt ist, hierbei um eine angeborene oder durch die soziale Umwelt erzeugte Eigenschaft handelt.

Die (schon auf S. 61 erwähnte) Einwirkung der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Eltern auf die Gesundheitszustände der Säuglinge veranschaulicht deutlich die Tafel 56. Man entnimmt ihr, um wieviel größer die Sterblichkeit der Säuglinge in den sozial niederen Familien ist als in den höheren Gesellschaftskreisen. Hierbei ist aber zu berücksichtigen, daß neben den sozialen und wirtschaftlichen Einflüssen sich auch Bildung und allgemeine Kultur geltend machen, und daß in den oberen Schichten die Geburtenziffern (siehe S. 52 u. 53) weit kleiner sind als in den unteren.

Wie die Wohnungs- bezw. Siedlungsverhältnisse auf die Gesundheit der Säuglinge einwirken, läßt sich ziffernmäßig schwer nachweisen. Die betreffenden statistischen Ergebnisse wechseln in den einzelnen Jahren und weichen, je nach der angewandten Berechnungsart, voneinander ab. Nach amtlichen Angaben belief sich im Deutschen Reich[1]) während des Jahres 1920 die Säuglingssterblichkeit in Orten mit über 15000 Einwohnern auf 3,1, in Orten mit unter 15000 Einwohnern auf 3,6 von je 1000 Einwohnern; im Jahre 1921 war der Unterschied zugunsten der größeren Orte noch erheblicher (2,8 : 3,8 %). Da-

[1]) Siehe „Wirtschaft und Statistik" 1924 Heft 1.

Tafel 56.

Die Säuglingssterblichkeitszahlen nach Berufsklassen der Eltern in Preußen 1912/14.

Auf 100 Lebendgeborene starben:

1.	D 1	Häusliche Dienste, einschl. persönl. Bedienung — ohne das ländl. Gesinde	28,6
2.	F 3	Insassen von öffentl. Anstalten	21,6
3.	D 2	Lohnarbeit wechselnder Art — Taglöhner, Arbeiter, ohne das ländl. Gesinde	21,3
4.	F 1	Rentner, Pensionäre, Altsitzer usw.	19,2
5.	A d	Landwirtschaft: Ländl. Taglöhner und Arbeiter;	
	B d	Industrie und Handwerk: Hilfspersonen ohne gewerbl. Ausbildung wie Handlanger, Kutscher, auch Heizer, Maschinisten, Fabrikarbeiter, Arbeiter usw.;	
	C d	Handel und Verkehr: Hilfspersonen, Packer, Hausdiener, Geschäftskutscher, Arbeiter usw.	16,8
6.	A c	Landwirtschaft: Ländl. Gesinde — Knechte und Mägde — und sonstige Hilfspersonen;	
	B c	Industrie und Handwerk: Gesellen, Gehilfen, Lehrlinge und andere mit Berufs- und gewerbl. Ausbildung;	
	C c	Handel und Verkehr: Handlungsgehilfen, auch Kellner usw.	15,8
7.	A a	Landwirtschaft: Selbständige, Betriebs- und Geschäftsleiter, höhere Forstbeamte usw.;	
	B a	Industrie und Handwerk: Selbständige, Betriebs- und Geschäftsleiter usw.;	
	C a	Handel und Verkehr: Selbständige, Betriebs- und Geschäftsleiter usw.	12,4
8.	E c	Kastellane, Portiers, Boten, Arbeiter, Dienstpersonal in Anstalten	12,7
9.	A b	Landwirtschaft: Wirtschaftsbeamte, Aufsichts- und Büropersonal;	
	B b	Industrie und Handwerk: Technisch und kaufmännisch gebildetes Aufsichts- und Büropersonal;	
	C b	Handel und Verkehr: kaufmännisch gebildetes Büro- und Rechnungspersonal	11,1
10.	E b	Unteroffiziere und Gemeine, Büro- und Verwaltungspersonal	8,9
11.	E a	Offiziere, höhere Beamte, Anwälte, Ärzte, Künstler bei Musik und Theater	7,1
		Allgemeine Säuglingssterblichkeit im Durchschnitt	15,3

(Nach F. Rott.)

gegen starben in Preußen[1]) während des Jahres 1920 in den Städten 137, auf dem Lande aber nur 132 von je 1000 Lebendgeborenen, während z. B. in den Jahren 1912 bis 1918 stets die Städte niederere Ziffern darboten als das Land.

Bedeutungsvoll ist es, festzustellen, in welchen Abschnitten des ersten Lebensjahres die Kinder starben. Rösle[2]) hat 1911 dargelegt, daß die Säuglingssterblichkeit die von Lebensvierteljahr zu Lebensvierteljahr erheblich fällt, in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts in allen Kulturstaaten gesunken ist, daß aber diese Abnahme nur auf der Verminderung der Sterblichkeit während des ersten Lebensvierteljahres beruhte. Die zuletzt genannte Feststellung trifft jedoch für das Deutsche Reich[3]) in der Zeit von 1913 bis 1921 nicht mehr zu; denn innerhalb dieses Zeitraumes sind die Säuglingssterblichkeitsziffern nicht nur im ersten, sondern auch in den drei anderen Lebensvierteljahren erheblich gesunken. Für Baden kann ich in der Tafel 57 entsprechende Ziffern, die sich auf die Spanne von 30 Jahren erstrecken, anführen.

---

[1]) Siehe „Medizinalstatistische Nachrichten“, herausg. v. Preuß. Stat. Landesamt, Jahrg. 11 Heft 3 und 4, Berlin 1923.

[2]) Siehe Literatur S. 17 Ziffer 10 a.

[3]) Siehe Statistik d. Deutsch. Reiches Bd. 307, Berlin 1924.

Tafel 57.

Die Säuglingssterblichkeit nach Lebensvierteljahren in Baden 1892, 1902, 1912 und 1922.

Jahr	Lebendgeborene	Im 1. Lebensjahr Gestorbene	Gestorbene im Alter von 0—3 Monaten	3—6 Monaten	6—9 Monaten	9—12 Monaten	Auf 100 Lebendgeborene Gestorbene im 1. Lebensjahr	Auf 100 Lebendgeborene kamen Gestorbene im Alter von 0—3 Monaten	3—6 Monaten	6—9 Monaten	9—12 Monaten
1892	54858	11969	6610	2641	1570	1148	21,8	12,0	4,8	2,9	2,1
1902	65496	12812	7026	2915	1717	1154	19,6	10,7	4,5	2,6	1,8
1912	60616	8380	4861	1670	1104	745	13,8	8,0	2,8	1,8	1,2
1922	54723	6078	3819	1034	719	506	11,1	7,0	1,9	1,3	0,9

(Nach amtlichen Angaben berechnet.)

Man entnimmt der Tafel 57, daß die Säuglingssterblichkeit auch in Baden im ersten Lebensvierteljahr besonders hoch ist. Aber die Abnahme der Säuglingssterblichkeit im allgemeinen innerhalb der Jahre 1892 bis 1922 beruhte nicht nur auf der Verminderung während des ersten Lebensvierteljahres; denn die Verminderung während des ersten Vierteljahres beläuft sich nur auf 41,7, während des zweiten aber auf 60,4, während des dritten auf 55,2 und während des vierten auf 57,1 %.

In Baden liegen über die Säuglingssterblichkeit Angaben nicht nur nach Lebensvierteljahren und -monaten vor, es werden bei dem ersten Monat auch die Wochen, bei der ersten Woche die Tage und bei dem ersten Tage die Stunden unterschieden. Die entsprechenden Verhältniszahlen enthält unsere Tafel 58.

Tafel 58.

Säuglingssterblichkeit nach Alters-Stunden, -Tagen, -Wochen und -Monaten in Baden 1913 und 1922.

Jahre	Geschlecht	Totgeb. in % der Geborenen	Von je 1000 Lebendgeborenen starben in der 1. Stunde	2. bis 12. Stunde	13. bis 24. Stunde	vom 2. bis 7. Tag	in der 2. Woche	3. Woche	4. Woche	im 2. Monat	3. Monat	4. Monat	5. Monat	6. Monat	7. Monat	8. Monat	9. Monat	10. Monat	11. Monat	12. Monat
1913	männl.	2,7	7,7	8,7	3,8	15,3	7,5	6,8	5,5	18,9	15,8	11,8	10,1	8,4	6,6	6,3	6,6	4,7	4,2	4,0
	weibl.	2,4	6,2	6,1	2,2	11,4	5,0	5,1	4,2	14,2	11,8	10,0	8,8	6,8	5,7	5,3	4,7	5,7	5,3	4,1
1922	männl.	2,9	9,0	11,4	2,9	17,0	8,1	5,8	4,2	12,4	10,3	8,6	6,3	6,3	4,7	4,7	4,1	4,1	2,8	3,0
	weibl.	2,3	6,3	7,8	1,9	11,8	4,9	4,3	3,7	9,6	7,6	6,5	5,6	4,3	4,6	4,2	4,0	2,9	2,4	3,2

(Nach amtlichen Angaben berechnet.)

Die Tafel 58 zeigt, daß im letzten Vorkriegsjahr etwa ein Drittel aller Säuglingssterbefälle auf den ersten Lebensmonat kam; im Jahre 1922 war es aber nahezu die Hälfte. Es gilt also im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit jetzt noch mehr als zuvor das Augenmerk ganz besonders auf die Säuglinge im ersten Lebensmonat zu richten. Hierbei wird vor allem auf die oben (S. 229) erörterte Schwangerenfürsorge, aber auch auf die Inanspruch-

nahme ärztlicher Behandlung hinzuwirken sein. Daß sehr viele Säuglinge sterben, ohne ärztliche Hilfe genossen zu haben, wird unten noch zu zeigen sein. Bei den Kindern, die in den ersten Lebensstunden gestorben sind, war wohl vielfach insbesondere auf dem Lande ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erhalten; aber von den sonstigen gestorbenen Säuglingen hätte man gewiß viele noch retten können, wenn sie ärztlich behandelt worden wären.

Während der einzelnen Jahreszeiten ist die Säuglingssterblichkeit nicht gleichhoch. A. Schloßmann hat bereits 1897 den sogenannten Sommergipfel bei der Säuglingssterblichkeit in Sachsen dargelegt; und im Jahre 1907 hat er nachgewiesen, daß eine hohe Sommersterblichkeit keineswegs auslesend wirkt, da in den darauffolgenden Monaten November und Dezember genau so viel Kinder starben wie bei einer niederen Sommersterblichkeit. Daß der Sommergipfel nicht eine lediglich auf natürlichen, sondern auch eine auf kulturellen Einflüssen beruhende Erscheinung ist, geht aus den Untersuchungen, die A. Schloßmann 1920 und 1922 sowie Hanssen 1922 veröffentlicht haben, hervor. Letzterer zeigte an der Hand von alten schleswig-holsteinischen Kirchenbüchern, daß es in früheren Jahrhunderten, wo die Brustnahrung die Regel war und die künstliche Ernährung wenig angewandt wurde, keinen Sommergipfel gab, und daß in Schleswig-Holstein selbst im heißen Jahre 1917 durch die Steigerung der Stilltätigkeit die erhöhte Sterblichkeit im Sommer vermieden wurde. Durch kulturelle Maßnahmen, wie Förderung des Stillens durch Stillgeld sowie durch Sorge für reichlichen Aufenthalt der Säuglinge im Freien läßt sich der Sommergipfel erheblich einschränken. Schloßmann hat darauf hingewiesen, daß während der letzten Jahre die Sommersterblichkeit im Regierungsbezirk Düsseldorf gesunken ist, ja daß es in den Landkreisen gar keinen Sommergipfel mehr, sondern eine Winterspitze gab, und er meint, daß, wie man aus dem früheren Sommergipfel auf die Verbreitung der unnatürlichen Ernährung geschlossen hat, man jetzt aus dem Schwinden des Sommergipfels die Zunahme der Stilltätigkeit erkennen kann. Auch nach den neuesten amtlichen Angaben für ganz Preußen[1]) war die Säuglingssterblichkeit während der Wintermonate 1920 auffallend hoch. Offenbar liegt die Ursache hierfür in dem Kohlenmangel, bezw. in den sehr stark gestiegenen Kohlenpreisen, welche eine genügende Beheizung der Wohnräume verhinderten.

Einen Einblick in die gesundheitlichen Zustände der Säuglinge gewährt auch die Todesursachenstatistik (siehe Tafel 71 S. 263). Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler, übertragbare Krankheiten, darunter besonders Lungenentzündung sowie Verdauungskrankheiten, vor allem Magen- und Darmkatarrhe spielen hier die Hauptrolle.

Wie verschiedenartig sich die einzelnen Todesursachen bei den Säuglingen je nach der Wohlhabenheit der Eltern geltend machen, zeigt die Tafel 108 Seite 350. Man sieht u. a., daß bei den Kindern der Wohlhabenden die angeborene Lebensschwäche, bei den Kindern der Ärmeren dagegen die Verdauungsstörungen die hauptsächlichen Todesursachen sind. Zu diesen Ergebnissen gelangten auch Wolff[2]) und Griepentrog[2]) bei ihrer Untersuchung in Halle.

Geradezu unglaubhafte Mißstände erkennen wir, wenn wir prüfen, wie viele unter den gestorbenen Säuglingen ohne jede ärztliche Behandlung geblieben sind.

---

[1]) Siehe „Medizinalstatistische Nachrichten", herausg. v. Preuß. Stat. Landesamt, Jahrg. 11 Heft 3 u. 4, Berlin 1923.

[2]) Siehe Literatur S. 69 Ziffer 21.

Nach amtlichen Feststellungen hatten in Baden[1]) von den im Jahre 1922 gestorbenen Säuglingen nur 58,09% ärztliche Behandlung genossen; im letzten Vorkriegsjahr (1913) waren es 55,46% und während des Kriegsjahres 1916 infolge des Ärztemangels sogar nur 49,67%. Die ärztliche Behandlung hat mithin in der letzten Zeit wiederum etwas zugenommen, und es ist auch anzuführen, daß in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts sogar nur etwa ein Drittel der im ersten Lebensjahr Gestorbenen ärztlich behandelt war. Daß aber auch noch im Jahre 1922 trotz des Ärzteüberflusses in einem Kulturstaat wie Baden[2]) eine so große Zahl von Kindern starb, ohne ärztliche Behandlung genossen zu haben, zeigt deutlich genug, wie mangelhaft unsere Fürsorgemaßnahmen immer noch sind. In den großen Städten hat es ja allerdings verhältnismäßig selten an ärztlicher Behandlung gefehlt. Es waren 1922 in Heidelberg 91,5, Freiburg 85,7, Karlsruhe 75,5, Mannheim 61,4, dagegen in manchen ländlichen Bezirken wie Pforzheim-Land, Engen, Waldkirch, Eppingen, Boxberg nur etwa 31 bis 37% der gestorbenen Säuglinge behandelt gewesen. Beachtenswert ist, eine wie große Zahl der Kinder, die im ersten Lebensmonat gestorben sind, ärztliche Behandlung entbehrt hat. Hierüber unterrichtet die Tafel 59. Aber auch von den über einen Monat alten gestorbenen Säuglingen hat selbst im Jahre 1922 mehr als ein Viertel keine ärztliche Behandlung genossen.

Tafel 59.

Todesfälle der Kinder unter 5 Jahren und deren ärztliche Behandlung in Baden 1905/12, 1913, 1916 und 1922.

Altersgruppen	1905/12			1913			1916			1922		
	Gestorbene überhaupt	Ärztlich Behandelte unter den Gestorbenen	Von 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt	Gestorbene überhaupt	Ärztlich Behandelte unter den Gestorbenen	Von 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt	Gestorbene überhaupt	Ärztlich Behandelte unter den Gestorbenen	Von 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt	Gestorbene überhaupt	Ärztlich Behandelte unter den Gestorbenen	Von 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt
Unter 1 Monat . . .	3578	1122	31,4	2796	933	33,4	1549	478	31,4	2724	1063	39,0
1 Monat bis unter 1 Jahr	7533	4979	66,1	5251	3530	67,2	2902	1724	59,4	3354	2468	73,6
1 bis unter 2 Jahre .	1611	1334	82,8	1185	962	81,2	1159	900	77,7	835	723	86,6
2 bis unter 5 Jahre .	1104	956	86,6	919	797	86,7	1193	996	83,5	524	476	90,8

(Nach amtlichen Angaben berechnet.)

Als Ursachen für die geringe Inanspruchnahme der Ärzte in Krankheitsfällen, die zum Tode führten, kommen Gleichgültigkeit, Geldmangel und Zweifel der Eltern an dem Wert der Behandlung angesichts der mißlichen Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse in Betracht. Wie dem auch sei, der jetzige Zustand darf nicht bleiben. Denn es geht ja bei uns barbarischer zu als bei den alten Spartanern[3]). Dort entschieden wenigstens erfahrene Männer, ob ein Kind lebensunfähig und daher preiszugeben ist. Bei uns stellen die eigenen Eltern oder sonstige Personen ohne Sachkenntnis „Lebensschwäche" oder

[1]) Die wirklichen Zahlen durfte ich den Listen des Bad. Stat. Landesamtes entnehmen.

[2]) In anderen deutschen Gliedstaaten ist es keineswegs besser als in Baden; aber zahlenmäßige Vergleiche lassen sich nicht ausführen, weil die meisten Staaten, insbesondere Preußen, keine Angaben über die Zahl der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen veröffentlichen. (Siehe den Abschnitt „Medizinalstatistische und sozialpathologische Übersicht" S. 347.)

[3]) Vgl. S. 20.

„Verdauungskrankheiten“ fest und lassen die Kranken, ohne die Ansicht eines Arztes gehört zu haben, dahinsiechen.

Schließlich sei noch erwähnt, daß, wie W. Hauser[1]) an der Hand der Erfahrungen in badischen Amtsbezirken dargelegt hat, zwischen Säuglings- und allgemeiner Tuberkulosesterblichkeit ein gewisser Parallelismus besteht. Bei einem Vergleich der Todesfälle im Jahre 1907 ergab sich, daß in den badischen Bezirken, welche eine hohe Säuglingssterblichkeit aufwiesen, auch die Tuberkulose besonders stark verbreitet war. Ich habe den neuesten badischen Sterblichkeitslisten[2]) entnommen, daß in der Tat auch jetzt noch für einige Bezirke die Beobachtung Hausers zutrifft, für andere jedoch nicht mehr. Der Parallelismus stammte offenbar daher, daß sich bei der Säuglings- und Tuberkulosesterblichkeit die gleichen wirtschaftlichen Einflüsse geltend machten. Der Grund für die Änderung dürfte darin liegen, daß es gelungen ist, die hohe Säuglingssterblichkeit insbesondere durch die Wochenhilfe wesentlich zu vermindern, während ein gleich wirkungsvolles Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose bisher nicht angewandt wurde. Darum ist z. B. im Bezirk Pforzheim, wo früher die Säuglings- wie die Tuberkulosesterblichkeit sehr hoch war, die erstere stark, sogar weit unter den Landesdurchschnitt gefallen, während die letztere nicht nur nicht geringer, sondern größer geworden ist.

b) Säuglingsfürsorge.

Im Anschluß an den Art. 119 der Reichsverfassung (siehe oben S. 211), der sich mit dem Schutz der Familie und der Mutterschaft befaßt, heißt es im Art. 120 und 121:

Die Erziehung des Nachwuchses zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit ist oberste Pflicht und natürliches Recht der Eltern, über deren Betätigung die staatliche Gemeinschaft wacht.

Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche, seelische und gesellschaftliche Entwicklung zu schaffen wie den ehelichen.

Hierdurch ist für den Nachwuchs, auch für den unehelichen, grundsätzlich das Recht auf Gesundheit[3]), das wir oben (S. 5 u. 6) für das ganze Volk gefordert haben, ausgesprochen worden. Nach dem Sinne der Verfassung soll die Fürsorge für den Nachwuchs rechtzeitig, also nicht erst, wenn die Gesundheit schon Schaden erlitten hat, einsetzen, es soll sogar eine körperliche Tüchtigkeit erzielt werden. Um diese Absicht der Verfassung wirkungsvoll durchzuführen, wurde das Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt vom 9. Juli 1922 (RGBl. I S. 633) geschaffen.

Das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz befaßt sich mit dem gesamten Jugendalter. Im § 1 heißt es, daß jedes deutsche Kind ein Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit hat, und daß, insoweit dieser Anspruch des Kindes von der Familie nicht erfüllt wird, öffentliche Jugendhilfe eintritt. Hiermit ist der Kreis der Kinder, die der Fürsorge bedürfen, grundsätzlich bezeichnet. Und um diese Fürsorge

---

[1]) W. Hauser: „Die Gesundheitszustände“, Abhandl. i. „Das Großherzogtum Baden“, Karlsruhe 1912.

[2]) Siehe Sozialhygienische Mitteilungen 1924 Heft 3 S. 56.

[3]) Zutreffend äußerte sich St. Engel 1923: „Es ist in der Tat unerträglich, daran zu denken, wie vielen Menschen schon in der Wiege ihr unveräußerliches Recht auf Gesundheit und Lebensfreude verkümmert wird.“ Daß man dem Säugling das Recht auf Muttermilch einräumen muß, hat Grotjahn schon 1905 betont. (Siehe Med. Reform 1905 Nr. 52 S. 414.)

in die Wege zu leiten, ordnet das Gesetz die Bildung von Jugendämtern an. Das Jugendamt hat insbesondere das Wohl der (zumeist unehelichen) Pflegekinder zu schützen; es erlangt mit der Geburt eines unehelichen Kindes die Vormundschaft.

Über den Kreis der fürsorgebedürftigen Kinder stimmen in der Praxis die Ansichten nicht ganz überein. Nach Tugendreich (siehe Literatur S. 253 Ziffer 25b) ist das uneheliche Kind fürsorgebedürftig, und das eheliche, „falls ihm seine Eltern aus eigenen Mitteln eine den gesundheitlichen und erzieherischen Mindestforderungen genügende Aufzucht nicht bereiten können oder wollen"; er betont, daß fürsorgebedürftig nicht gleichbedeutend mit Armut im verwaltungstechnischen Sinne ist, und daß es bis weit in den Mittelstand hinein, z. B. meistens bei außerhäuslicher Erwerbsarbeit der Mutter, an einer den Mindestanforderungen genügenden Aufzucht mangelt. Noch weiter wird der Kreis von Weinberg (Bochum) ausgedehnt, nämlich auf „die breite Masse der Kinder, deren Eltern den gesundheitlichen Mindestanforderungen durchaus genügen wollen und auch nach ihren wirtschaftlichen Verhältnissen könnten, aber wegen ihrer ungenügenden Vorbildung auf diesem Gebiete nicht dazu in der Lage sind"; er meint, man soll alle Säuglinge und entsprechend alle Kleinkinder, bei denen die private Fürsorge die Leistungen der öffentlichen Fürsorge nicht erreicht, als fürsorgebedürftig ansehen. Rott (siehe Literatur S. 253 Ziffer 17a) geht von den Ziffern, die wir in Tafel 56 wiedergaben, aus und ist der Ansicht, daß in den Berufsgruppen, in welchen die Säuglingssterblichkeit während der Jahre 1912/14 den Durchschnitt von 15,3% überschritten hat, Fürsorgebedürftigkeit vorliegt; an der Hand der Zahlen der Lebendgeborenen, die aus diesen Kreisen stammen, kommt er zu dem Schluß, daß zwei Drittel aller Lebendgeborenen der öffentlichen Fürsorge bedürfen. Zu einem sehr ähnlichen Ergebnis gelangt man, wenn man unsere Tafel 11 (S. 52) betrachtet; im Jahre 1921 entfielen auf die Arbeiter und Dienenden der drei großen Berufsabteilungen (die anderen Berufsabteilungen sind nicht gut für sozialhygienische Betrachtungen zu verwerten, da sie zu verschiedenartig zusammengesetzt sind; sie umfassen zudem insgesamt nur 15%, wie aus unserer Tafel 23 S. 73 hervorgeht) 68% der Lebendgeborenen; diese dürften im wesentlichen den Kreis der Fürsorgebedürftigen darstellen.

Durch das Jugendwohlfahrtsgesetz ist eine sichere Grundlage auch für die Säuglingsfürsorge geschaffen worden. Aber die Fürsorge für die jüngsten Altersklassen steht in engstem Zusammenhang mit zahlreichen anderen sozialhygienischen Maßnahmen und ist je nach den klimatischen, sozialen, wirtschaftlichen und sonstigen kulturellen Zuständen der jeweiligen Ortschaft so verschiedenartig zu gestalten, daß sich als Träger des Säuglingsschutzes die Gemeinden bezw. die Gemeindeverbände (Kreise) am besten eignen; hierbei wird vorausgesetzt, daß sich die Gemeinden mit den besonderen Wohlfahrtsvereinen verbinden und daß der Staat schwache Gemeinden mit Geld unterstützt.

Den zahlreichen Bedürfnissen auf dem Gebiete des Säuglingsschutzes, die sich schon aus unseren obigen Schilderungen der vorliegenden Mißstände unschwer erkennen lassen, sucht man durch mannigfaltige Maßnahmen zu entsprechen. Tugendreich hat diese folgendermaßen gegliedert:

1. Die Fürsorge erfolgt, während Mutter und Säugling zusammen im eigenen Haushalt verbleiben.
2. Die Fürsorge bringt Mutter und Säugling in Einzelpflege unter.
3. Die Fürsorge bringt Mutter und Säugling zusammen in Anstalts- (geschlossene) Pflege unter.

(Fortsetzung S. 250.)



Abb. 46 Mütterheim.
Nach einem Lichtdruck im „Atlas der Hygiene des Säuglings- und Kleinkindesalters" von Langstein u. Rott. Verlag J. Springer, Berlin.



Abb. 47 Säuglingsheim.
Nach einem Lichtdruck im „Atlas" von Langstein u. Rott.



Abb. 48. Krippe: Aufnahme- und Untersuchungsraum.



Abb. 49. Krippe: Tagesraum.

Abb. 48 und 49 sind dem „Atlas“ von Langstein u. Rott (siehe S. 248) entnommen.

4. Die Fürsorge trennt die außerhäuslich erwerbstätige Mutter nur tagsüber von dem Säugling.
   a) Der Säugling wird in Einzelpflege } tagsüber versorgt.
   b) Der Säugling wird in einer Anstalt (Krippe) } tagsüber versorgt.
5. Die Fürsorge trennt den Säugling für lange Zeit ganz von der Mutter.
   a) Der Säugling wird in Einzelpflege (Kostpflege) } versorgt.
   b) Der Säugling wird in einer Anstalt } versorgt.

Unter den zahlreichen Einrichtungen, die diesen verschiedenartigen Zwecken der Säuglingsfürsorge dienen, seien besonders die Mütterberatungs- oder Säuglingsfürsorgestellen, Milchküchen, Säuglingsheime und Krippen genannt. Wie Säuglingsheime und Krippen einzurichten sind, zeigen die Abbildungen 47, 48 und 49.

Über die geschichtliche Entwicklung[1] der Milchküchen und Säuglingsfürsorgestellen sei folgendes angeführt: Die erste Milchküche richtete Pastor Manchot[2] 1899 in Hamburg ein, um arme Säuglinge seines Bezirks mit Milch zu versorgen. Aber wie so oft, wurde auch dieses Vorbild in Deutschland erst beachtet, nachdem in Frankreich derartige Anstalten geschaffen waren. Im Jahre 1892 wurde von dem Frauenarzt Budin in Paris die erste consultation de nourissons, die das Muster für unsere Säuglingsfürsorgestellen wurde, gegründet, um die Mütter zum Stillen anzuhalten und sie hierbei geldlich zu unterstützen. Ebenfalls im Jahre 1892 schuf der Kinderarzt Variot in Paris eine Einrichtung zur Abgabe einwandfreier und billiger Säuglingsmilch; sein Gedanke wurde von Dufour in Fécamp aufgenommen und verbreitete sich unter dem Namen „Goutte de lait" in allen Ländern. Der in Frankreich anfangs betonte Unterschied zwischen Milchküche und Säuglingsfürsorgestelle wurde in Deutschland rasch beseitigt; bei uns besteht eine völlige Arbeitsgemeinschaft bezw. Verschmelzung dieser Anstalten.

Über den Stand der Fürsorgeeinrichtungen bis zum Jahre 1919 veröffentlichte Rott eine Übersicht, die wir in unserer Tafel 60 wiedergeben.

Tafel 60.

Mütter- und Säuglingsfürsorgeeinrichtungen im Deutschen Reich 1850 bis 1919.

Im Jahre	Entbindungs-anstalten	Säuglings-heime	Mütterheime	Krippen	Säuglings-fürsorgestellen
1850	37	3	—	1	—
1900	69	46	12	98	—
1905	86	71	24	166	—
1910	114	127	58	234	360
1915	132	213	89	360	1000
1919	145	334	108	490	2600

(Nach Rott.)

Für die Behandlung der erkrankten Säuglinge ist die Familienhilfe, welche die Krankenkassen bieten können, von größter Bedeutung. Im Hinblick auf die große Zahl

[1]) A. Keller: „Milchküchen", Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1922, Bd. 3.

[2]) C. Manchot: „Die Milchküche der St. Gertrudgemeindepflege in Hamburg 1899 bis 1904", Hamburg 1905.

der ohne ärztliche Behandlung gebliebenen gestorbenen Säuglinge, von denen gewiß auch manche an schweren ansteckenden Krankheiten gelitten haben und daher eine Gefahr für die Umgebung darstellten, ist dringend zu fordern, daß die Familienhilfe wie die Wochenhilfe eine Pflichtleistung aller Krankenkassen wird. Daß die Familienhilfe die Krankenkassen keineswegs so stark geldlich belastet, wie vielfach befürchtet wird, hat A. Fischer zahlenmäßig dargelegt. Von F. Rott wurde darauf hingewiesen, daß die Krankenkassen nicht nur durch Gewährung der Familienhilfe auf dem Gebiete der Säuglings- und überhaupt der Kinderfürsorge mitwirken, sondern ihre Tätigkeit auch auf die Erholungs- und Ernährungsfürsorge ausdehnen sollen.

Von hohem Wert für die Säuglingsfürsorge ist es, daß jetzt die Studenten der Medizin in der Kinderheilkunde geprüft werden und auch für eine gute Ausbildung der Säuglingsfürsorgeschwestern gesorgt wurde.

Erfreulich ist sodann, daß die Lehren der Säuglingspflege jetzt immer mehr in die breitesten Schichten des Volkes getragen werden und daß hiermit schon bei den Mädchen in der Volksschule begonnen wird. Erwähnt sei, daß der frühere Pforzheimer Schulkommissär M. Walter eine Anleitung, wie der Säuglingspflegeunterricht in der Schule zu erteilen ist, veröffentlicht hat.

Einige Bemerkungen sind nun noch der Fürsorge der unehelichen Säuglinge zu widmen. Bedeutungsvolle rechtliche und gesundheitliche Fragen sind auf diesem Gebiete zu lösen. Die Art, wie man das große Elend, in dem sich diese Kinder vielfach befanden und noch befinden, zu bekämpfen sucht, ist in den einzelnen Kulturstaaten sehr verschieden. Da der verfügbare Raum es verhindert, näher hierauf einzugehen, sei auf das umfangreiche Werk von Keller und Klumker, das den gesamten sozialhygienischen und sozialrechtlichen Stoff bis zum Jahre 1912 darbietet, hingewiesen. Hervorzuheben ist jedoch folgendes: Im Deutschen Reich ist jetzt die Fürsorge für die unehelichen Kinder, wie schon erwähnt wurde, durch das Jugendwohlfahrtsgesetz in erfolgversprechender Weise geregelt. Aber es ist nun der segensreichen Tätigkeit des einstigen Leipziger Arztes Taube, der im Jahre 1883 vorgeschlagen hat, daß an die Stelle der Einzelvormundschaft die Berufsvormundschaft gesetzt werden soll, zu gedenken. Der Rat Taubes wurde in Leipzig[1]) seit 1886 befolgt. Die rechtliche Sicherstellung der Kinder und die Untersuchungen durch den Ziehkinderarzt zeitigten glänzende Ergebnisse. Da das deutsche BGB. auf diese für ganz Sachsen geschaffene Maßnahme Rücksicht nahm, wurde die Generalvormundschaft dann in den meisten Staaten eingeführt. In romanischen Ländern findet man das System der im Mittelalter begründeten Drehlade; die Mutter legt dort ihr Kind ab, zieht, ehe sie sich entfernt, an der Glocke der Anstalt, der Torwart dreht die Lade, in dem sich der Säugling befindet, und hiermit ist die Aufnahme des Findlings erfolgt. Es sei erwähnt, daß seit 1919 auch in Deutschland versucht wird, die Drehlade[2]) wieder einzuführen. Diese Bestrebungen, welche die völlige Trennung der Mutter von dem Kinde bewirken würden, sind abzulehnen. In Ungarn hat sich nach Angabe von Szana das System der staatlichen Kinderasyle in gesundheitlicher Hinsicht bewährt. Das 1874 in Frankreich[3]) geschaffene Säuglingsschutzgesetz (sog. Rousselsches Gesetz) schreibt

[1]) Siehe „Einrichtungen auf dem Gebiete der Volksgesundheits- und Volkswohlfahrtspflege in Sachsen", herausg. v. Sächs. Landesgesundheitsamt, Dresden 1922.

[2]) Siehe M. Nassauer: „Fruchtabtreibung und Findelhäuser", die Drehlade, 1919 Jahrg. 1 Heft 1. Dazu Klumker: „Findelhäuser", Frankf. Zeitung vom 20. März 1919 Nr. 228.

[3]) Den Wortlaut dieses Gesetzes findet man in dem Werk von Keller u. Klumker.

die Aufsicht über alle Kostkinder, die weniger als zwei Jahre alt sind, vor. Ein norwegisches[1]) Gesetz vom 10. April 1915 stellt den Grundsatz auf, das uneheliche Kind sei mit dem ehelichen gleichberechtigt.

Die Säuglingsfürsorgebestrebungen hatten anfangs mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen. In anschaulicher Weise schildert E. Dietrich, welche Widerstände selbst bei hohen Staatsbeamten und hervorragenden Ärzten beseitigt werden mußten. Besonders zu erwähnen sind als Vorkämpfer und Vorbilder die Zentralstellen für Säuglingsfürsorge, die 1908 in Bayern[2]), im gleichen Jahr in Hessen und kurz darauf auch in Preußen, Baden, Hamburg und anderen Staaten gebildet wurden. Der Gedanke, eine Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz zu schaffen, stammt von E. Dietrich; dieser Plan wurde 1909 verwirklicht und führte zu den schönsten Erfolgen. Bemerkt sei, daß internationale Kongresse für Säuglingsschutz (Gouttes de lait) bereits 1905 in Paris und 1907 in Brüssel veranstaltet wurden. Es ist bezeichnend, daß auf dem Gebiete des Säuglingsschutzes unter allen europäischen Staaten das geburtenarme Frankreich sich zuerst betätigte, wie es wohl auch kein Zufall war, daß man innerhalb von Deutschland zuerst in Bayern, wo die Säuglingssterblichkeit besonders hoch war, zur Abwehr schritt.

Auch jetzt sind die Bedenken gegen die Säuglingsfürsorge, wie überhaupt gegen die Gesundheitsfürsorge noch nicht verstummt. Mößmer hat darauf hingewiesen, daß die Säuglingsfürsorge Grenzen hat, daß sie von vornherein in jenen Fällen, wo die Kinder für die Eltern nicht eine Freude, sondern eine Last bedeuten, unwirksam ist, und daß man mit Geld allein den Menschen nicht auf die Dauer helfen kann, weil viele das Geld nicht richtig verwenden. Von Seutemann wurde betont, daß die Erfolge im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit weit weniger von den Säuglingsfürsorgemaßnahmen als von den wirtschaftlichen Zuständen abhängen. Auch Weinberg (Bochum) legte dar, daß die Maßnahmen der Kinderfürsorge „Stückwerk bleiben, solange nicht auf den sonstigen Gebieten der sozialen Medizin und Hygiene noch mehr geleistet wird, als bisher“.

Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß diese Bedenken berechtigt sind; aber sie können und wollen gewiß auch nicht veranlassen, daß die Säuglingsfürsorge aufgegeben wird. Man darf freilich nicht zu große Hoffnungen auf die Kinderfürsorge allein setzen; man muß auch darüber wachen, daß die verfügbaren Geldmittel am richtigen Platze verwendet werden, und man muß auf eine rege Zusammenarbeit aller Zweige der sozialen Hygiene hinwirken. Aber die Säuglingsfürsorge im allgemeinen darf nicht nur nicht eingeschränkt, sie muß vielmehr erheblich ausgebaut werden; im Hinblick auf die noch immer sehr hohen Säuglingssterblichkeitsziffern, die sich unter dem Einfluß von wirkungsvollen kulturhygienischen Maßnahmen sehr erheblich vermindern ließen, kann hierüber kein Zweifel bestehen. Mit Recht hat J. L. Casper[3]) darauf hingewiesen, daß die zahlreichen gestorbenen Kinder wie Fremde zu betrachten sind, „die ohne Vermögen zu uns gekommen sind, um an der Konsumtion Teil zu nehmen, und die nachher abgehen, ohne eine andere Spur zurückzulassen, als die eines ewigen Bedauerns“. Und zutreffend hat W. Wordsworth (1770—1850) geäußert: „The child is father of the man.“ Aus

[1]) Siehe Th. Geiger: „Das uneheliche Kind und seine Mutter im Recht des neuen Staates“, München 1920.

[2]) Bahnbrechend war München, wo bereits 1905 eine Zentrale für Säuglingsfürsorge geschaffen wurde, vorangegangen

[3]) Siehe die Fußnote 2 S. 58.

vernachlässigten Säuglingen entwickeln sich körperlich und geistig unfähige Schulkinder, untaugliche Jünglinge und minderwertige Staatsbürger.

Literatur: *1.* **Marie Baum:** *a) „Grundriß der Gesundheitsfürsorge", 2. Aufl., München 1923; b) „Säuglingsstatistik", Art. i. Handw. d. Kommunalwissensch., Jena 1923, Bd. 3.— 2.* **E. Dietrich:** *„Die deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz 1909—1919", Beiträge zur soz. Hyg. d. Säugl.- u. Kleinkindesalters, herausg. v. Rott, Berlin 1920. — 3.* **St. Engel:** *„Fürsorge für Mütter, Säuglinge und Kleinkinder", Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrt im Deutschen Reich", herausg. von B. Möllers, Berlin 1923. — 4.* **A. Fischer:** *a) „Öffentliche Säuglingsfürsorge und Sterblichkeitsstatistik", Jahrb. f. Nationalök. u. Statist. 1909 Bd. 38 S. 79 ff., siehe dazu die Arbeiten von Seutemann Ziffer 21; b) „Die Familienversicherung in Baden", Sozialhyg. Abhandlungen Nr. 2, Karlsruhe 1920; c) „Der Weg zur Einführung der Familienhilfe", Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1921 Jahrg. 13 Heft 4 u. 5. — 5.* **J. K. Friedjung:** *„Über den Einfluß der Säuglingsernährung auf die körperliche Rüstigkeit der Erwachsenen nebst Bemerkungen über Stilldauer", Wien. Klin. Wochenschr. 1917 Jahrg. 20 Nr. 20. — 6.* **Groth u. Hahn:** *„Die Säuglingsfürsorge in Bayern", Zeitschr. d. Bayer. Stat. Landesamts 1910 Heft 1.— 7.* **W. Hanauer:** *a) „Die soziale Hygiene des Jugendalters", Berlin 1911; b) „Die Wertigkeit der Unehelichen", Ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1912 Jahrg. 18 Nr. 12. — 8.* **Hanssen:** *„Über Säuglingssterblichkeit in früheren Jahrhunderten im Vergleich mit der Jetztzeit", Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1922 Jahrg. 14 Heft 10. — 9.* **A. Keller** *u.* **Chr. J. Klumker:** *„Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in den europäischen Staaten", Berlin 1912. — 10.* **A. Keller:** *„Milchküchen", Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1922, Bd. 3. — 11.* **W. Kruse** *und* **P. Selter:** *„Die Gesundheitspflege des Kindes", Stuttgart 1914. — 12.* **P. Mayet:** *„Konzeptionsbeschränkung und Staat", Med. Reform 1908 Nr. 18 u. 19. — 13.* **Mössmer:** *„Die Grenzen der Säuglingsfürsorge", Blätter f. Säugl.- u. Kleinkinderfürsorge 1919 Jahrg. 11 Heft 1. — 14.* **Peiper u. Polenz:** *„Über die Sterblichkeit und die körperliche Wertigkeit der unehelich geborenen Säuglinge", Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge 1910 Bd. 4 S. 33 ff. — 15.* **H. Reiter:** *a) „Zur Konstitution des unehelichen Kindes", Zeitschr. f. angew. Anatom. u. Konstitutionslehre 1920 Bd. 6 S. 389 ff.; b) „Ein weiterer Beitrag zum Problem des unehelichen Kindes", Öffentl. Gesundheitspfl. 1922 S. 145 ff.; c) „Kinderschicksale ehelich und unehelich Geborener", Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1922 Bd. 96 S. 229 ff. — 16.* **C. Röse:** *a) „Die Wichtigkeit der Mutterbrust für die körperliche und geistige Entwicklung des Menschen", Deutsch. Monatsschr. f. Zahnheilkunde 1905 Jahrg. 23 Heft 3; b) „Erdsalzarmut und Entartung", ebenda 1908 Jahrg 26 S. 131 ff. — 17.* **F. Rott:** *a) „Ein Versuch zur zahlenmäßigen Feststellung der Fürsorgebedürftigkeit im Säuglingsalter", Deutsch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 14/15; b) „Wandlungen und neue Ziele der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge", Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1921 Jahrg. 13 Heft 4/5; c) „Organisationsfragen bei der Mitwirkung der Krankenkassen auf dem Gebiete der gesundheitlichen Kinderfürsorge unter Berücksichtigung neuzeitlicher Verhältnisse", Ortskrankenkasse 1922 Heft 18. — 18.* **Russow:** *„Vergleichende Beobachtungen über den Einfluß der Ernährung mit der Brust und der künstlichen Ernährung auf das Gewicht und den Wuchs (Länge) der Kinder", Jahrb. d. Kinderheilk. 1881 Bd. 16 Heft 1 u. 2.— 19.* **W. Salomon:** *„Säuglingskrankheiten", Abh. in A. Grotjahns „Soziale Pathologie", Berlin 1923.— 20.* **A. Schlossmann:** *a) „Studien über die Säuglingssterblichkeit", Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1897 Bd. 24; b) „Probleme der Säuglingsfürsorge", Med. Reform 1907 Jahrg. 15 Nr. 17; c) „Über die Geburtenhäufigkeit und die Säuglingssterblichkeit nach dem Kriege", Deutsch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 40; d) „Geburtenzahl und Kindersterblichkeit während des Jahres 1921 im Regierungsbezirk Düsseldorf und daraus sich ergebende Betrachtungen", Deutsch. med. Wochenschr. 1922 Nr. 28. — 21.* **K. Seutemann:** *a) Siehe die Fußnoten 5 u. 6 Seite 225; b) „Öffentliche Säuglingsfürsorge und Sterblichkeitsstatistik", Jahrb. f. Nationalök. u. Statist. 1909 Bd. 37 S. 87 ff., ferner zum Aufsatz von A. Fischer (siehe Ziffer 4) Bd. 38 S. 85 ff. — 22.* **O. Spann:** *„Die Lage und das Schicksal der unehelichen Kinder", Leipzig 1909.— 23.* **A. Szana:** *„Resultate der staatlichen Fürsorge für verlassene Säuglinge in Ungarn", Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge 1911 Bd. 5 Nr. 9.— 24.* **M. Taube:** *a) „Ziehkinder", Art. i. Enzyklopäd. Handb. d. Kindersch. u. d. Jugendfürsorge, Leipzig 1911; b) „Kommunale Säuglingsfürsorge", Bericht über d. Verhandl. des 3. Internat. Kongr. f. Säuglingssch., Berlin 1911. — 25.* **G. Tugendreich:** *a) „Die Mutter- und Säuglingsfürsorge", Stuttgart 1910; b) „Die Mutter- u. Säuglingsfürsorge u. die Fürsorge für das Kleinkindesalter", Abh. i. Weyls Handb. d. Hyg. 2. Aufl., Leipzig 1912, Bd. 6 Abt. 2; b) „Der Arzt in der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge", Abhandl. i. Sozialärztl. Praktikum, herausg. von Gottstein u. Tugendreich, 2. Aufl., Berlin 1920; d) „Säuglingsfürsorge", Art. i. Handw. d. Kommunalwissensch., Jena 1923, Bd. 3. — 26.* **A. Uffenheimer:** *Siehe Fußnote 2 Seite 225.— 27.* **M. Walter:** *„Säuglingspflege und Schule", 2. Aufl., Bühl 1917. — 28.* **Weinberg** *(Bochum): „Warum und in welcher Weise muß die gesundheitliche Kleinkinderfürsorge in Stadt und Land wesentlich ausgebaut und verbessert werden?", Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1921 Jahrg. 13 Heft 8/9.*

3. Kleinkinder.

Mit den Kindern, die im Alter von 2 bis 6 Jahren stehen und jetzt allgemein Kleinkinder genannt werden, haben wir uns bereits vielfach in dem Abschnitt „Bevölkerungszusammensetzung und -bewegung" beschäftigt; die Zeichnung 2 (S. 44) veranschaulicht, in welchem Umfange die Kleinkinder 1910 und 1919 an dem Altersaufbau des deutschen Volkes beteiligt waren, der Zeichnung 5 (S. 56) ist zu entnehmen, wie stark die Sterblichkeit im 2. und noch mehr im 3. bis 6. Lebensjahr im Vergleich zur Säuglingssterblichkeit fällt, und die Tafeln 13, 14 und 15 (S. 57, 59 und 60) unterrichten darüber, wie die Sterblichkeit im Kleinkindesalter seit der Gründung des Deutschen Reiches zurückgegangen ist, und wie sich hinsichtlich der Sterbenswahrscheinlichkeit die beiden Geschlechter während des hier zu erörternden Lebensalters unterscheiden. Die besonderen biologischen Verhältnisse während des Kleinkindesalters erfordern aber noch einige ergänzende Angaben über die kulturhygienischen Einflüsse, welche auf diese Altersklasse einwirken.

Bis vor $1\frac{1}{2}$ Jahrzehnten hat sich die Hygiene mit den Kleinkindern kaum befaßt. Es erscheint uns jetzt geradezu unbegreiflich, daß man diese Altersgruppe fast ganz vernachlässigte, während man schon längst den Säuglingen und Schulkindern große Aufmerksamkeit widmete. Hier zeigt es sich wieder, wie falsch es ist, einige beliebige Gebiete der sozialen Hygiene als besonders bedeutungsvoll anzusehen, während es gilt, alle Teile der Gesundheitspflege (S. 95 u. 123) zu berücksichtigen, und wie notwendig statt des aphoristischen Arbeitens eine systematische Tätigkeit (S. 5) ist, wenn man zu einer befriedigenden Gesundheitswirtschaft (S. 7) gelangen will. Denn was nützt die beste Fürsorge für Säuglinge und Schulkinder, wenn die Kinder im Alter von 2 bis 6 Jahren an vermeidbaren Krankheiten sterben oder in ihrer Gesundheit so geschwächt werden, daß sie nicht schulfähig sind?

Für die Schulkinder war grundsätzlich seit 1897 gesorgt, für die Säuglinge bestanden seit 1905 Fürsorgestellen. Die Kleinkinderfürsorge angeregt zu haben, ist das Verdienst des Berliner Kinderarztes H. Neumann, der in seiner 1909 veröffentlichten Arbeit „Öffentliche Säuglings- und Kleinkinderfürsorge" schrieb: „Ein Abschneiden der Fürsorge mit der Vollendung des ersten Lebensjahres ist unnatürlich." Nachdem dann auch Tugendreich auf der 8. Konferenz der Deutschen Zentrale für Jugendfürsorge im Jahre 1910 die grobe Vernachlässigung der Fürsorge für die Kleinkinder dargelegt hatte, wurde, wie Gottstein berichtete, in Charlottenburg 1911 der Aufgabenkreis der dortigen Säuglingsfürsorgestelle auf die Kleinkinder ausgedehnt, was sich glänzend bewährte. Im Dezember 1920 teilte Rott mit, daß bereits 724 Säuglingsfürsorgestellen (von etwa 2600, also 28 %) zu Kleinkinderfürsorgestellen ausgebaut sind.

a) Eigenart und Zahl.

Während das Säuglingsalter in gesundheitlicher Hinsicht dadurch gekennzeichnet ist, daß hier die natürliche Ernährung an der Mutterbrust alle anderen Fragen überragt, spielt bei der Hygiene des Kleinkindes[1]) das Mißverhältnis zwischen der körperlichen

[1]) Erwähnenswert ist, daß, nach Angabe von Mayet (Med. Reform 1905 Nr. 52 S. 415), in Japan auch „ältere Kinder von vier bis sechs Jahren noch die Brust erhalten", und daß sich im 2. Buch der Makkabäer Kap. 7 Vers 27 folgende Ansprache einer Heldenmutter findet: „Mein Sohn, erbarme dich meiner, die ich dich neun Monate unter meinem Herzen getragen und drei Jahre lang gesäugt und weiter mit Nahrung und Pflege bis zu diesem Alter auferzogen habe."

und geistigen Entwicklung eine maßgebende Rolle. Das Kleinkind bewegt sich kriechend oder gehend und begibt sich in Gefahren, die es nicht erkennen kann. Darum ist es notwendig, daß die Kleinkinder ständig beaufsichtigt werden. Die Kleinkinder wollen beschäftigt sein; aber man kann sie noch nicht regelrecht lernen lassen. Sie sind noch frei von dem die Gesundheitsverhältnisse stark beeinflussenden Schulzwang, dem die älteren Kinder unterworfen sind; man läßt sie noch spielen, wenn man sich auch bemüht, das Spiel erzieherisch zu gestalten. Das Spiel nimmt bei den Kleinkindern einen so breiten Raum ein, daß für diese Altersklasse vielfach auch der Name Spielkinder benutzt wurde.

Mit Hilfe der Zahlen, die unsere Tafel 61 enthält, kann man sich vorstellen, wie groß die Altersklasse von 2 bis 6 Jahren zurzeit sein dürfte.

Tafel 61.

Die deutsche Jugend nach Altersklassen 1910 und 1919.

Altersklassen	Wirkliche Zahlen				Von 1000 der Gesamtbevölkerung kamen auf die Altersklasse:			
	am 1. 12. 1910		am 8. 10. 1919		am 1. 12. 1910		am 8. 10. 1919	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
0—1 Jahre .	773 282	754 249	376 306	357 216	24,1	22,9	13,1	11,3
2—6 „ .	3 899 202	3 854 418	2 207 054	2 158 776	121,7	117,2	76,7	68,2
7—14 „ .	5 754 536	5 713 015	5 416 902	5 351 053	179,6	173,7	188,2	169,2
15—18 „ .	2 613 659	2 605 968	2 654 354	2 649 635	81,6	79,2	92,2	83,4

(Nach Stat. d. Deutschen Reichs Bd. 276 berechnet.)

Die Tafel 61 zeigt, daß bei der Volkszählung im Jahre 1919 weit weniger Kleinkinder vorhanden waren als im Jahre 1910. Erklärt wird diese Tatsache durch die in unserer Tafel 5 (S. 48) enthaltenen Geburtenzahlen für die Kriegsjahre. Da aber, nach Tafel 5, im Jahre 1921 die Ziffer der Geburten nahezu die Höhe des letzten Jahres vor dem Weltkrieg erreicht hat, darf man annehmen, daß wir allmählich auch wieder auf die frühere Zahl von etwa 7½ Millionen Kleinkindern kommen werden.

Nach Angaben von Käthe Mende waren in den letzten Jahren vor dem Weltkriege, wie durch mehrere private Arbeiten festgestellt wurde, in Crimmitschau 30,9, in Darmstadt 26,6, im Bezirk Hildesheim-Lüneburg 19,5 % aller Kleinkinder infolge der Erwerbstätigkeit ihrer Mütter während der Arbeitszeit ohne jede Aufsicht.

Unsere Darlegungen hinsichtlich des Kreises der fürsorgebedürftigen Säuglinge (S. 253) dürften im wesentlichen auch für die Ausdehnung der Bedürftigkeit unter den Kleinkindern zutreffen. Tugendreich schätzte im Jahre 1912 die Zahl der Kleinkinder, für die eine öffentliche gesundheitliche Fürsorge erforderlich ist, auf $^{6}/_{7}$, im Jahre 1922 aber angesichts der Proletarisierung weiter Schichten des Mittelstandes auf $^{9}/_{10}$ aller Kleinkinder.

b) Kulturelle Einflüsse auf die Gesundheitsverhältnisse.

α) Krankheitsverhältnisse.

Umfassende Zahlenangaben, die uns unmittelbaren Aufschluß über die sozialhygienischen Zustände der Kleinkinder bieten könnten, liegen noch nicht vor. Aber mittelbar erhalten wir aus den schulärztlichen Feststellungen einen Einblick in die gesundheitliche Lage der Kleinkinder.

In Berlin mußten, wie dem neuesten Bericht[1]) des Medizinalamtes der Stadt Berlin zu entnehmen ist, 8 % der Schulneulinge wegen körperlicher oder geistiger Schulunfähigkeit zurückgestellt werden; über 17 % mußten ärztlich überwacht werden, so daß also ein Viertel der Schulanfänger als krank oder kränklich erachtet wurde.

Über die Krankheitsursachen, die sich hierbei geltend machten, belehrt die von dem Berliner Medizinalamt veröffentlichte Statistik, die wir in der Tafel 62 wiedergeben. Hierbei ist zu bemerken, daß sich die Statistik auf 24392 zwecks Einschulung untersuchte Schulanfänger, und zwar auf 12179 Knaben und 12213 Mädchen erstreckt.

Tafel 62.

Krankheiten der zurückgestellten und in Überwachung genommenen Schulanfänger in Berlin 1918/19.

Krankheiten	Wirkliche Zahlen						Verhältniszahlen					
	Zurückgestellte Schulanfänger			In Überwachung genommene Schulanfänger			Zurückgestellte Schulanfänger			In Überwachung genommene Schulanfänger		
	Knaben	Mädchen	Zusammen	Knaben	Mädchen	Zusammen	Knaben	Mädchen	Zusammen	Knaben	Mädchen	Zusammen
1. Ungenügender Kräftezustand (Blutarmut)	381	510	891	286	311	597	3,13	4,18	3,65	2,35	2,55	2,45
2. Rachitis	86	95	181	119	121	240	0,71	0,78	0,74	0,98	0,99	0,98
3. Skrofulose	47	64	111	173	149	322	0,39	0,52	0,46	1,42	1,22	1,32
4. Knochentuberkulose	12	17	29	18	13	31	0,09	0,14	0,12	0,15	0,11	0,13
5. Lungentuberkulose	36	42	78	28	40	68	0,30	0,34	0,32	0,23	0,33	0,28
6. Sonstige Lungenleiden	29	45	74	78	78	156	0,24	0,37	0,30	0,64	0,64	0,64
7. Herzleiden	8	17	25	98	120	218	0,07	0,14	0,10	0,80	0,98	0,89
8. Nierenleiden	1	3	4	16	7	23	0,008	0,02	0,02	0,13	0,06	0,09
9. Nervenleiden	36	36	72	113	90	203	0,30	0,29	0,30	0,93	0,74	0,83
10. Epilepsie	18	5	23	19	16	35	0,15	0,04	0,09	0,16	0,13	0,14
11a. Zum Schulbesuch unfähig (Idiote)	31	43	74	23	24	47	0,25	0,35	0,30	0,19	0,20	0,19
11b. Geistig minderwertig	86	81	167	126	98	224	0,71	0,66	0,68	1,03	0,80	0,92
12. Sprachstörungen	37	24	61	196	104	300	0,30	0,20	0,25	1,61	0,85	1,23
13. Nasen- und Rachenleiden	3	3	6	145	141	286	0,02	0,02	0,02	1,19	1,15	1,17
14. Augenleiden	12	14	26	198	180	378	0,09	0,11	0,11	1,63	1,47	1,55
15. Ohrenleiden	10	8	18	139	125	264	0,08	0,06	0,07	1,14	1,02	1,08
16. Hautkrankheiten	11	8	19	76	89	165	0,09	0,06	0,08	0,62	0,73	0,68
17. Verkrümmungen der Wirbelsäule	6	12	18	93	131	224	0,05	0,10	0,07	0,76	1,07	0,92
18. Bruchschäden	1	2	3	138	46	184	0,008	0,02	0,01	1,13	0,38	0,75
19. Bildungsfehler	2	2	4	25	40	65	0,02	0,02	0,02	0,21	0,33	0,27
20. Sonstige Krankheiten	33	40	73	81	65	146	0,27	0,33	0,30	0,67	0,53	0,60
Insgesamt	886	1071	1957	2188	1988	4176	7,27	8,77	8,02	17,97	16,28	17,12

(Nach Angaben des Medizinalamts der Stadt Berlin berechnet).

Wir ersehen aus der Tafel 62, daß sich während des Kleinkindesalters in zahlreichen Fällen ein mangelhafter Kräftezustand, geistige Minderwertigkeit, Rachitis, Skrofulose,

[1]) Siehe „Bericht über die Tätigkeit der Berliner Schulärzte und die schulhygienischen Maßnahmen der städtischen Schuldeputation im Jahre 1918/19", erstattet vom Medizinalamt der Stadt Berlin, Berlin 1920.

Tuberkulose der Lungen und Knochen, Nervenleiden, Wirbelsäulenverkrümmungen und viele andere Leiden entwickelt haben.

Zur Ergänzung der aus der deutschen Reichshauptstadt kommenden Angaben seien hier noch in der Tafel 63 die entsprechenden Ziffern eines ganzen, allerdings ausländischen, Staates, nämlich der Schweiz angefügt.

Tafel 63.

Gebrechen und Krankheiten der Schulneulinge in der Schweiz 1901—1910 und 1918.

Zeitraum	Zahl der Schulneulinge	Mit Gebrechen behaftete Schulneulinge	Art der Gebrechen								Sittlich verwahrlost
			mit geistigen Gebrechen behaftet			mit körperlichen Gebrechen behaftet					
			Blödsinnige	in geringem Grade schwachsinnig	in höherem Grade schwachsinnig	Gehörorganfehler	Sprachorganfehler	Sehorganfehler	Nervenkrankheiten	andere Krankheiten	
1901—1910	608954	64286	272	5198	1357	7243	7311	23912	404	18212	377
	1000,00	105,57	0,45	8,54	2,23	11,89	12,01	39,27	0,66	29,90	0,62
1918	65654	8460	42	74	90	597	578	2200	40	4813	26
	1000,00	128,86	0,64	1,13	1,37	9,09	8,80	33,51	0,61	73,31	0,40

(Nach Stat. Jahrb. d. Schweiz Jahrg. 20 bezw. 28 berechnet.)

Zwei von den verbreitetsten Krankheitsursachen, welche für das Kleinkindesalter in Betracht kommen, Rachitis und Tuberkulose, wurden in den letzten Jahren hinsichtlich ihrer Häufigkeit eingehender, wenn auch nur an verhältnismäßig nicht sehr zahlreichen Kindern, erforscht. Die wichtigsten Ergebnisse seien hier angeführt.

Zunächst sei erwähnt, daß die Rachitis in dem menschenüberfüllten Rom[1]) mit seinen schlechten Wohn- und Lebensbedingungen stark, in Griechenland[1]) dagegen, wo man keine zu großen Menschenanhäufungen duldete, nur wenig verbreitet war.

Über die Häufigkeit der englischen Krankheit in Deutschland lagen nur äußerst dürftige ziffernmäßige Angaben vor. Im Jahr 1921 sind nun aber zwei wertvolle Veröffentlichungen erschienen, die sich mit der Statistik der Rachitis befassen und hinsichtlich der in Betracht gezogenen Altersklassen ergänzen.

Die eine dieser Arbeiten wurde in Dortmund von St. Engel und Grete Katzenstein durchgeführt. Sie ließen von Fürsorgerinnen nach genau bestimmten Richtlinien die Kinder von 750 Familien — es handelte sich bei 87% dieser Familien um gelernte und ungelernte Arbeiter, Bergleute, Handwerksgesellen, kleine Angestellte, Subalternbeamte und kleine selbständige Gewerbetreibende, bei 13% um besonders schlecht gestellte Personen, wie Unterstützungsempfänger, berufstätige uneheliche Mütter, eheverlassene Frauen, Witwen — daraufhin beurteilen, ob und in welchem Grade Rachitis vorliegt. Es wurden vier Grade von englischer Krankheit unterschieden und besonders auf die Lauffähigkeit geachtet. Möglichste Einheitlichkeit in der Beurteilung durch die Fürsorgerinnen wurde durch wiederholte Besprechungen und Austausch der Erfahrungen

[1]) Siehe M. Cohn: „Zur Geschichte der Rachitis als Volkskrankheit“, Arch. f. Kinderheilk. 1922 Bd. 71 Heft 2.

angestrebt. Untersucht wurden 1384 Kinder im Alter von 2 bis 10 Jahren. Die Ergebnisse sind in unseren Tafeln[1]) 64 und 65 enthalten.

Tafel 64.

Festgestellte Rachitisfälle der Kinder in Dortmund.

Anzahl der Kinder	Alter in Jahren	Rachitisfrei	An Rachitis erkrankt				
			leicht	mittel	schwer	sehr schwer	insgesamt
173	2	48=27,7%	74=42,8%	32=18,5%	16= 9,3%	3=1,7%	125=72,3%
129	3	38=29,5%	43=33,3%	17=13,1%	26=20,1%	5=3,8%	91=70,5%
131	4	57=43,6%	42=32, %	19=14,5%	12= 9,1%	1=0,1%	74=56,4%
115	5	52=45,2%	32=27,8%	11= 9,5%	10= 8,7%	10=8,7%	63=54,8%
174	6	101=58,1%	48=27,5%	11= 6,3%	10= 5,7%	4=2,3%	73=41,9%
187	7	131=70,1%	34=18,1%	12= 6,4%	4= 2,1%	6=3,2%	56=29,9%
163	8	117=71,8%	35=21,4%	5= 3, %	5= 3, %	1=0,6%	46=28,2%
177	9	135=76,3%	30=16,9%	5= 2,8%	7= 3,9%	—	42=23,7%
135	10	111=82,3%	14=10,3%	3= 2,1%	6= 4,2%	1=0,7%	24=17,7%
1384	2—10	790=57,1%	352=25,4%	115= 8,3%	96= 6,9%	31=2,2%	594=42,9%

(Nach Engel und Katzenstein.)

Aus der Tafel 64 ersieht man, daß von den in Dortmund untersuchten Kindern fast 10% an schwerer und sehr schwerer Rachitis leiden. Engel und Katzenstein weisen hierbei darauf hin, daß diese Zahl nur eine annähernde Gültigkeit für ganz Dortmund habe, da bei der Untersuchung die bemittelteren Volksschichten unberücksichtigt blieben. Aber sie meinen, daß die Differenz nicht sehr groß ist. Über die herabgesetzte Lauffähigkeit äußern sie sich folgendermaßen:

„Sie ist von besonderer Wichtigkeit, weil die Kinder durch die mangelnde Lauffähigkeit außerordentlich bequem sind. Während sonst die Zwei-, Drei- und Vierjährigen in der spielerischen Lust ihres Alters im beengten Haushalt außerordentlich lästig fallen können, werden die Rachitiker öfters

Tafel 65.

Lauffähigkeit und Alter der Kinder in Dortmund.

Anzahl der Kinder	Alter in Jahren	Lauffähigkeit		Von den 183 Kindern mit Gehstörungen liefen		
		normal	gestört	pathologisch	gestützt	nicht
173	2	129 = 74,6%	44 = 25,4%	32 = 18,5%	4 = 2,3%	8 = 4,6%
129	3	91 = 70,5%	38 = 29,5%	35 = 27,1%	3 = 2,3%	—
131	4	103 = 78,6%	28 = 21,4%	28 = 21,4%	—	—
115	5	90 = 78,3%	25 = 21,7%	22 = 19,1%	1 = 0,9%	2 = 1,7%
174	6	154 = 88,5%	20 = 11,5%	19 = 10,9%	1 = 0,6%	—
187	7	173 = 92,5%	14 = 7,5%	12 = 6,4%	2 = 1,1%	—
163	8	158 = 96,9%	5 = 3,1%	5 = 3,1%	—	—
177	9	170 = 96 %	7 = 4 %	7 = 4 %	—	—
135	10	133 = 98,5%	2 = 1,5%	2 = 1,5%	—	—
1384	2—10	1201 = 86,8%	183 = 13,2%	162 = 11,7%	11 = 0,8%	10 = 0,7%

(Nach Engel und Katzenstein.)

[1]) Die in den Originaltafeln vorhandenen Druckfehler wurden beseitigt.

als die artigen, „bequemen" Kinder empfunden. Das Interesse, sie ärztlicher Behandlung zuzuführen, ist daher oft nur gering. Gerade die Kinder mit schwerer und sehr schwerer Rachitis müssen in den Wohnungen von den Fürsorgerinnen erst ermittelt werden. Wichtig ist ferner, daß sich hier ein ungünstiger Kreislauf schließt, indem diese schwer beweglichen Kinder erst recht nicht an die Luft und in die Sonne kommen und demgemäß in ihrer Heilung noch mehr verzögert werden."

Es wurde dann noch der Zusammenhang von Wohnung und Rachitis, die Engel schon früher eine Verkümmerungskrankheit nannte, dargelegt. „Je geringer der Raum ist, welcher dem einzelnen Individuum zur Verfügung steht, um so stärker herrscht die Rachitis." Aber es wurde zugleich betont, man müsse bei der Rachitis ebenso wie bei der Tuberkulose unterscheiden, „inwieweit die Wohnung wirklich schädigend wirkt und inwieweit die Kranken durch wirtschaftliche Not in schlechte Wohnungen gezwungen werden."

Die zweite Arbeit, welche sich mit der Verbreitung der Rachitis beschäftigt, stammt aus Königsberg. Hilgers hatte bereits vor dem Kriege in Leipzig gemeinsam mit H. Selter die Impfkinder auf das Vorhandensein von englischer Krankheit untersucht; in Königsberg wurden die Untersuchungen während der Jahre 1918 und 1921 in gleicher Weise fortgesetzt.

Nach den Graden der Rachitis gliederten sich die Kinder folgendermaßen:

I. Grad 72,1 % II. Grad 25,8 % III. Grad 2,1 %.

Die Beteiligung der einzelnen Altersklassen an den drei Graden geht aus der Tafel 66 hervor.

Tafel 66.

Die drei Grade der Rachitis bei den einzelnen Altersklassen in Königsberg.

Altersklasse	Zahl der untersucht. Kinder	I. Grad	Verhältnis[1]) der Spalte 3 zu 2	II. Grad	Verhältnis[1]) der Spalte 5 zu 2	III. Grad	Verhältnis[1]) der Spalte 7 zu 2
1	2	3	4	5	6	7	8
unt. ½ Jahr	90	18	20,0	7	7,8	0	—
½—1 Jahr	1017	280	27,5	127	12,5	11	1,1
1–1 ½ Jahre	850	275	32,4	64	7,5	3	0,4
1 ½–2 Jahre	108	19	17,5	13	12,0	3	2,8
über 2 Jahre	39	17	43,6	6	15,4	0	—

(Nach Hilgers.)

In Leipzig waren im Jahre 1914 von 468 untersuchten Impfkindern 49,3 %, in Königsberg im Jahre 1918 von 1377 Impfkindern 52,5 % Rachitiker. Hilgers schließt aus diesen Feststellungen, daß „von einer Zunahme der Rachitis wenigstens im Kleinkindesalter von 0 bis 3 Jahren nicht gesprochen werden kann".

Über den Zusammenhang der Ernährungsart während der ersten Lebensmonate mit der Entstehung der englischen Krankheit unterrichten die Ziffern, die in Tafel 67 wiedergegeben sind.

Hilgers betont, daß der Einfluß der Brustnahrung auf die Verhütung der Rachitis wohl überschätzt wird, weist aber doch auf die Besserstellung der Brustkinder hin. Aus seinen Untersuchungen zieht er insbesondere den Schluß, „daß die echte Rachitis während

[1]) Die Verhältniszahlen fehlen im Original.

Tafel 67.

Ernährungsart und Rachitis in Königsberg.

Ernährungsart	Zahl der untersuchten Kinder	Rachitische Kinder	Auf 100 untersuchte Kinder kamen rachitische
Gestillt überhaupt	1559	555	35,6
Bis 6 Monate gestillt	739	290	39,2
Über 12 Monate gestillt . . .	820	265	32,3
Nur Flasche	595	288	48,4

(Nach Hilgers.)

der Kriegsjahre und in der Nachkriegszeit bei den Kindern von 0 bis 3 Jahren nur unerheblich zugenommen hat und daß die Kriegs- und Hungerblockade mit der Einschränkung der Ernährung nicht zu jenen Schädigungen gehört, welche eine Ausbreitung der Rachitis begünstigt haben".

Beachtenswert ist auch die von Wiltschke 1924 veröffentlichte Arbeit über die Ergebnisse in Graz. Er bietet Zahlen, die über den Einfluß der Sonne im Zimmer auf den Grad der Rachitis bei Kindern von 7 bis 20 Monaten unterrichten; diese Ziffern sind in unserer Tafel 68 wiedergegeben.

Tafel 68.

Sonne im Zimmer und Grad der Rachitis in Graz.

Unter je 100 Rachitisfällen zeigten . . . . Grad:

Sonne im Zimmer	leichten	mittleren	schweren
viel . . .	71	71	33
wenig	12	16	24
gar keine . . .	17	13	43

(Nach Wiltschke.)

Wiltschke weist an der Hand dieser Ergebnisse darauf hin, „daß wir bei der Verhütung und Heilung und umgekehrt bei der Entstehung der Rachitis in der Sonne oder deren Mangel den Hauptfaktor zu suchen haben". Daß in 33 % seiner Fälle von schwerer Rachitis ein sonniges Zimmer gefunden wurde, erklärt er damit, daß „in allen diesen Fällen die Lüftung, also das Öffnen der Fenster sehr mangelhaft befunden wurde". Er erwähnt auch Beobachtungen, die Hutchison im Nasikbezirk in Indien gesammelt hat. „In der dortigen Aristokratie müssen die Frauen und damit auch die neugeborenen Kinder lange in dunklen Räumen eingeschlossen sein. Diese Kinder verdanken dem ‚Purdahsystem', daß sie oft erst ein Jahr nach ihrer Geburt das Licht der Sonne erblicken, und sind meist hochgradig rachitisch. Bei dieser Kaste gilt der eingesunkene, rachitisch verkümmerte Thorax als ein Zeichen hochadliger Abkunft."

Aus all diesen Angaben über die Verbreitung der Rachitis wird man ersehen, daß wir über umfassende und übereinstimmende Zahlen auf diesem Gebiete, wo das Urteil, ob und in welchem Grade die Krankheit vorliegt, von der Ansicht des einzelnen Arztes abhängt, zurzeit noch nicht in genügendem Umfange verfügen, und daß wir auch über

die Entstehungsursache dieser Krankheit noch nicht hinreichenden Aufschluß erhalten haben, wenngleich es nicht mehr zweifelhaft ist, daß hier kulturelle Mißstände und vor allem der Mangel an Sonne und frischer Luft einen maßgebenden Einfluß ausüben.

Der Erreger der Tuberkulose ist uns bekannt. Wir wissen auch, daß durch die Beweglichkeit der Kleinkinder und ihre Neigung zum Umherkriechen die Ansteckungsmöglichkeit für diese Altersklasse besonders groß ist. Beschmutzte Finger, an denen sich oft die vom Fußboden fortgewischten Bazillen befinden, werden in den Mund gesteckt; mit Recht spricht man daher von Schmutz- und Schmierinfektion. Aber über die Verbreitung dieser Krankheit im Kindesalter gehen die Ansichten wie bei der Rachitis noch ziemlich weit auseinander.

Mit Hilfe von Tuberkulin, das auf mannigfaltige Art verwendet wird, sucht man festzustellen, ob ein Kind tuberkulös ist. Die Ergebnisse der einzelnen Forscher stimmen jedoch keineswegs überein. Ob der Grund hierfür darin liegt, daß die benutzten Methoden voneinander abwichen, oder darin, daß die Tuberkulose in den einzelnen Städten sehr ungleich verbreitet ist, kann noch nicht entschieden werden.

Fr. Hamburger hat gemeinsam mit R. Monti 1909 die Ergebnisse seiner Tuberkulinproben, die er bei Kindern in Wien anstellte, veröffentlicht. Seine Prüfungen zeigten, daß der positive Ausfall mit zunehmendem Lebensalter immer häufiger wird, und daß im 6. Lebensjahr bereits die Hälfte, im 14. Lebensjahr fast alle Kinder positiv reagierten. Man gab daher der Tuberkulose den Beinamen „Morbus viennensis“.

Aber von mehreren Seiten wurden Bedenken gegen die Ergebnisse Hamburgers geäußert. Czerny betonte 1919, daß die Wiener Zahlen, die aus einer Poliklinik stammen, nicht verallgemeinert werden dürfen. Umber, Bartschmid, Hoffa, Sander und neuerdings auch Barchetti[1]) fanden in Charlottenburg, München, Barmen, Dortmund und Graz nur etwa halb so große Zahlen wie Hamburger; aber die Zunahme der positiven Reaktionen von Lebensalter zu Lebensalter wurde im allgemeinen bestätigt.

Aus diesen Darlegungen ergibt sich, daß die Tuberkulose im Kindesalter erworben wird und bei den Kindern stark verbreitet ist.

Die Ansteckung der Kinder erfolgt durch Erwachsene ihrer Umgebung, wenn letztere an offener Tuberkulose leiden. Bräuning hat gezeigt, daß Tuberkulöse mit positivem Bazillenbefund des Auswurfs in 80 % der Fälle ihre Kinder infiziert haben, während Kranke mit geschlossener Tuberkulose ihre Kinder selbst bei jahrelanger Berührung nicht angesteckt haben. Bemerkenswert ist auch, daß, nach Feststellungen von Witzel, mit Beginn des Waffenstillstandes 1918 infolge der überstürzten Rückkehr kranker Soldaten aus den Garnisonen und Lazaretten in die Heimat die Tuberkulose der Kinder bis zum 7. Lebensjahr besonders stark zunahm. Nach Langer können durch die Überführung eines tuberkulösen Säuglings in eine tuberkulosefreie Umgebung seine Lebensaussichten nennenswert verbessert werden, da auf den Verlauf der Säuglingstuberkulose die Superinfektion entscheidend einwirkt.

Aus diesen Feststellungen ergibt sich ohne weiteres, welche Maßnahmen[2]) zu ergreifen sind, um die Kindertuberkulose zu verhüten. Es gilt die Widerstandsfähigkeit

[1]) Bemerkt sei, daß Barchettis Veröffentlichung aus der Grazer Kinderklinik, deren Vorstand jetzt Fr. Hamburger ist, stammt.

[2]) Siehe „Richtlinien zur Erkennung, Behandlung und Verhütung der kindlichen Tuberkulose“, Tuberkulose-Fürsorgeblatt 1923 Nr. 7; ferner „Die Bekämpfung der Tuberkulose im Kleinkindesalter“, Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge 1919 Juli/August Nr. 36/37.

zu erhöhen (Dispositions-Prophylaxe) und die Ansteckung zu verhindern (Expositions-Prophylaxe).

β) Sterblichkeitsverhältnisse.

Im Anschluß an unsere obigen Darlegungen über die Abnahme der Kleinkindersterblichkeit während der letzten Jahrzehnte vor dem Weltkrieg bieten wir nun noch die in den Tafeln 69 und 70 enthaltenen Zahlen.

Tafel 69.

Die Sterblichkeit der jugendlichen Altersklassen im Deutschen Reich 1891—1900 und 1908—1913.

Auf 1000 Lebende jeder Altersklasse sterben:

Altersklasse (Jahre)	männlich			weiblich		
	1891—1900	1908—1913	Abnahme in %	1891—1900	1908—1913	Abnahme in %
0—1	233,86	180,96	22,6	198,62	151,95	23,5
1—2	53,67	34,35	36,0	51,47	32,84	36,2
2—5	16,22	8,57	47,2	15,81	8,25	47,8
5—10	5,36	3,27	39,0	5,53	3,31	40,1
10—15	2,71	2,08	23,3	3,09	2,24	27,5
15—20	4,29	3,61	15,9	3,95	3,27	17,2

(Nach Stat. d. Deutschen Reichs Bd. 275.)

Tafel 70.

Die Sterblichkeit der jugendlichen Altersklassen im Deutschen Reich 1913—1918.

Auf 1000 Lebende jeder Altersklasse sterben:

Altersklasse (Jahre)	männlich						weiblich					
	1913	1914	1915	1916	1917	1918	1913	1914	1915	1916	1917	1918
1—5	13,5	13,4	17,2	15,6	15,8	21,7	12,8	12,7	16,3	15,0	15,2	22,3
5—10	2,9	3,1	4,2	3,8	4,4	5,5	3,0	3,0	4,2	3,9	4,3	6,1
10—15	1,9	2,1	2,3	2,5	3,0	4,1	2,0	2,1	2,5	2,7	3,1	4,8
15—20	3,4	7,0	11,5	11,4	18,3	24,2	3,1	3,1	3,4	3,7	4,8	8,9

(Nach Stat. d. Deutschen Reichs Bd. 276.)

Der Tafel 69 entnimmt man, daß die Kleinkindersterblichkeit in den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkrieg noch mehr als die Säuglingssterblichkeit zurückgegangen ist. Hieraus ist zu schließen, daß die Verminderung der Säuglingssterblichkeit keineswegs, wie etwa vermutet werden könnte, zu einer erhöhten Sterblichkeit in dem späteren Kindesalter führt. Es ist vielmehr anzunehmen, daß die Einflüsse, welche die Gesundheitsverhältnisse der Säuglinge verbesserten, noch günstiger auf die Kleinkinder eingewirkt haben. Daß bei diesen Einflüssen neben den Maßnahmen der Seuchenbekämpfung vorzugsweise der wirtschaftliche Aufschwung in den breiten Massen des deutschen Volkes sich geltend machte, ist unzweifelhaft; denn besondere hygienische Einrichtungen für die Kleinkinder

gab es damals noch weniger als jetzt. Die durch den Krieg erzeugte Notlage des deutschen Volkes verursachte dann, wie die Tafel 70 zeigt, vom Jahre 1915 an bei den Kleinkindern einen starken Anstieg der Sterblichkeit, die im Jahre 1918 hauptsächlich wohl infolge der Grippe noch besonders groß wurde.

Über die häufigsten Todesursachen, welche im Kleinkindesalter zu verzeichnen sind, unterrichtet die Tafel 71.

Tafel 71.

Todesursachen 1919 in Preußen bei den jugendlichen Altersklassen.

Auf je 10000 Lebende jeder Altersklasse starben an:

Todesursachen	bis 1 Jahr		über 1 bis 5 Jahre		über 5 bis 15 Jahre	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Angeborene Lebensschwäche und Bildungsfehler	565,1	471,9	—	—	—	—
Übertragbare Krankheiten	346,2	293,4	108,8	110,8	19,0	24,8
darunter Scharlach	2,0	1,4	4,0	3,7	1,0	1,3
Masern u. Röteln	6,4	5,3	3,7	3,6	0,2	0,3
Diphtherie u. Krupp	16,5	12,7	17,0	15,2	2,4	2,8
Keuchhusten	42,7	48,3	7,3	10,6	0,1	0,2
Tuberkulose	22,0	20,8	18,8	18,7	7,1	11,3
Lungenentzündung	173,6	138,0	39,6	41,1	3,0	3,6
Influenza (Grippe)	45,8	37,9	12,7	13,8	2,4	3,2
Krankheiten der Atmungsorgane	89,5	74,8	14,8	15,9	1,3	1,7
Krankheiten der Verdauungsorgane	271,5	209,6	16,3	14,5	2,2	2,2
darunter Magen- u. Darmkatarrh	184,9	143,7	10,2	9,2	0,5	0,7
Brechdurchfall	66,0	53,1	3,0	2,9	0,1	0,2
Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkungen	4,8	3,3	7,9	5,6	4,8	1,8
Alle Todesursachen zusammen	1889,0	1543,0	204,7	198,6	37,3	40,8

(Nach Zeitschr. d. Preuß. Statist. Landesamts 1921 Jahrg. 61, Berlin 1922, berechnet.)

Der Tafel 71 ist zu entnehmen, daß die übertragbaren Krankheiten unter den Todesursachen im Kleinkindesalter eine überaus große Rolle spielen. Daher ist bei Vergleichen der Sterblichkeitsziffern einzelner Jahre zu berücksichtigen, ob in einem der betreffenden Jahre eine Seuche zufällig besonders viele Opfer gefordert hat. Tjaden bietet hierüber vergleichende Ziffern, die wir in der Tafel 72 wiedergeben.

Tafel 72.

Kleinkindersterblichkeit in Bremen.

Auf 1000 Lebende im Alter von 1 bis 5 Jahren starben:

Jahr	An allen Todesursachen zusammen	An Todesursachen unter Ausschaltung von Masern, Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie
1905	19,1	12,2
1910	15,6	9,8
1919	11,9	9,1
1921	5,9	4,8

(Nach Tjaden.)

Besonders bemerkenswert ist, daß, wie aus der Tafel 71 hervorgeht, die Kleinkinder eine weit höhere Sterblichkeit infolge von Verunglückung aufweisen, als die Säuglinge und Schulkinder. Hieraus erkennt man, daß es den Kleinkindern, die sich wesentlich lebhafter bewegen als die Säuglinge, ohne schon so viel Verstand zu besitzen wie die Schulkinder, oft an der erforderlichen Aufsicht gefehlt hat. Hingewiesen sei auch darauf, daß, nach der Tafel 71, die (unternehmungslustigeren) Knaben häufiger verunglücken als die Mädchen.

Wie die einzelnen Todesursachen auf die Sterblichkeit der Kleinkinder je nach der Wohlhabenheit der Eltern einwirken, läßt sich der Tafel 108 S. 350 entnehmen. Man sieht, daß in Bremen bei den Kleinkindern der Ärmeren Masern, Keuchhusten, Tuberkulose und sonstige Krankheiten der Atmungsorgane die häufigsten Todesursachen waren, während in den wohlhabenden Familien die meisten an sonstigen Infektionskrankheiten starben. Die Ergebnisse von Reiche[1]), der die Todesursachen in einem wohlhabenden mit einem ärmeren Stadtteile Hamburgs verglich, weichen in mancher Hinsicht von der Bremer Statistik ab; beachtenswert ist der Hinweis von Reiche, daß der Einfluß der Wohlhabenheit sich bei den infektiösen Erkrankungen anders als bei der Sterblichkeit an ansteckenden Krankheiten geltend macht. Falkenheim hat an den Todesfällen Königsberger Kleinkinder, die er nach den väterlichen Einkommenstufen gegliedert hat, festgestellt, daß „mit dem Wachsen der kindlichen Widerstandskraft, mit fortschreitendem Alter die Lebenserwartung für die sozial schlecht gestellten Kinder immer besser wird".

Über die Zahl der ärztlich Behandelten unter den gestorbenen Kleinkindern unterrichtet die Tafel 59. Diese Ziffer ist zwar wesentlich größer als die der behandelten Säuglinge, aber sie ist immer noch, auch im Jahre 1922, insbesondere bei den Kindern im 2. Lebensjahr, zu gering. Daß diese Zustände nicht nur in Baden, sondern auch in anderen deutschen Gliedstaaten sehr mißlich sind, läßt sich den Angaben aus Sachsen, wo über die Zahl der Todesfälle mit ärztlich beglaubigter Todesursache berichtet wird, entnehmen; die betreffenden Ziffern werden in unserer Tafel 73 wiedergegeben. Man vergleiche hiermit die Zahlen, die Rösle[2]) für die Niederlande angeführt hat (siehe Tafel 74).

Hervorzuheben ist an dieser Stelle, daß, nach Angabe von Seitz und Rommel, die Kostenfrage für den Landbewohner ein Haupthindernis bei Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe bildet.

Tafel 73.

Ärztlich beglaubigte Todesursachen in Sachsen.

Von je 100 Todesfällen war die Todesursache ärztlich beglaubigt bei:

Altersgruppe	1900	1905	1909	1913	1915	1921
0—1 Jahr	30,8	38,0	39,6	43,7	40,8	58,3
1—5 Jahre	66,2	71,6	77,0	80,9	77,0	87,2
5—10 „	86,3	91,2	92,6	93,2	90,8	96,6
10—15 „	86,4	90,8	92,4	94,0	91,9	94,6

(Nach Statist. Jahrb. f. d. Freistaat Sachsen 1911 Jahrg. 39 sowie 45. Ausgabe 1921/23.)

[1]) F. Reiche: „Der Einfluß der sozialen Lage auf Infektionskrankheiten", Abh. in „Krankheit u. soz. Lage", herausg. von Mosse u. Tugendreich, München 1913.

[2]) E. Rösle: „Ergebnisse der Todesursachenstatistik im Deutschen Reiche für das Jahr 1913", Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. 19, Berlin 1917.

Tafel 74.

Die ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen in den Niederlanden 1913.

Von je 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt:

Altersklassen	männlich	weiblich
0— 1 Jahr	89,9	89,2
1— 5 Jahre	93,5	94,9
5—14 „	94,2	96,8
14—20 „	95,2	97,5

(Nach E. Rösle.)

c) Kleinkinderfürsorge.

Wie schon erwähnt wurde, sind jetzt die führenden Persönlichkeiten auf dem Gebiete der gesundheitlichen Jugendfürsorge davon überzeugt, daß der Ausbau der Säuglingsfürsorge zugunsten der Kleinkinder eine Notwendigkeit ist. Vereine[1]), Zeitschriften und vor allem die Fürsorgestellen, die sich früher nur dem Säuglingsschutz widmeten, haben ihr Arbeitsgebiet in diesem Sinne ausgedehnt.

Ob die Mütter aber die Sprechstunden der Kleinkinderfürsorgestellen in genügendem Maße besuchen, ist allerdings fraglich. Denn hier fehlt der Anreiz des Stillgeldes, zu dessen Empfang eine Bescheinigung der Fürsorgestelle über die Stilltätigkeit erforderlich ist. Es wird sich daher empfehlen, um möglichst alle Mütter von Kleinkindern für einen regelmäßigen Besuch der Beratungsstellen zu gewinnen, irgendwelche Lockmittel je nach Ort und Zeit anzuwenden.

Über die Tätigkeit der sieben Charlottenburger Kleinkinderfürsorgestellen in den letzten Jahren wurde mir von dem Bezirksamt Charlottenburg u. a. folgendes mitgeteilt: Es wurden 1923 (1922) 344 (345) Sprechstunden abgehalten, in denen 4440 (3400) Kleinkinder, darunter 522 (424) uneheliche, vorgestellt wurden; die Zahl der Beratungen belief sich auf 15453 (13768), die der Hausbesuche auf 16094 (17852). „Bei den Kleinkindern wurden", so schreibt das Bezirksamt, „erhebliche Gewichtsabnahmen festgestellt; der Zuspruch zu diesen Sprechstunden steigerte sich 1922/23 gegenüber den Vorjahren ganz erheblich. Auch hier waren wir in der angenehmen Lage, durch Spenden und Flüssigmachung von Mitteln die allerbedürftigsten Kinder mit Nahrungs- und Kräftigungsmitteln — auch Lebertran — in auskömmlichem Maße zu versehen. Durch die vom Reich bewilligten Zuschüsse konnte vom März 1923 ab die Milchverbilligung auch an Kinder bis zu 6 Jahren — durchschnittlich ¼ l täglich — gewährt werden."

Da viele von den Kleinkindern an Knochenerkrankungen leiden, tuberkulös erkrankt oder verdächtig sind und zumeist der Zahnbehandlung bedürfen, so muß die Kleinkinder-

[1]) Neben den im Abschnitt „Säuglinge" genannten Vereinen hat sich auch der Deutsche Ausschuß für Kleinkinderfürsorge große Verdienste um die Hygiene der Kleinkinder erworben. Er hat Forderungen vom Standpunkte der Volkserziehung und der Volksgesundheitspflege aufgestellt; letztere lauten: Aufklärung über zweckmäßige Ernährung und Pflege des Kleinkindes, Hebung seiner Widerstandskraft, wirksame Bekämpfung der Entstehungsursachen, der Krankheitserscheinungen und der Folgen der Tuberkulose, der lymphatischen Konstitution, der Rachitis, der Erbsyphilis sowie der ansteckenden Kinderkrankheiten im Kleinkindesalter. (Siehe Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge, 1918 Dezember, Nr. 27.)

Abb. 50.



Kindergarten: Beschäftigung im Zimmer.

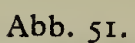


Abb. 51.



Kindergarten: Spiel im Freien.

Abb. 50 und 51 sind dem „Atlas" von Langstein u. Rott (siehe S. 248) entnommen.

fürsorge mit der Krüppel-, Tuberkulose- und Schülerfürsorge eng zusammenarbeiten. Im übrigen gilt auch hier, was wir oben bei der Säuglingsfürsorge ausgeführt haben, nämlich daß ihre Wirksamkeit Stückwerk bleibt, wenn die wirtschaftliche Lage mißlich ist.

Die meisten Kleinkinder, deren Mütter erwerbstätig sind, müssen in Krippen (siehe S. 249), Kinderschulen oder Kindergärten untergebracht werden. Daß auch diese Anstalten, genau so wie die Volksschulen, den hygienischen Anforderungen entsprechen müssen, sollte gar nicht mehr zu erwähnen sein; aber vorläufig ist es noch dringend nötig, auf die gesundheitlich einwandfreie Gestaltung dieser Anstalten hinzuwirken. Über die Vorgänge in einem mustergültigen Kindergarten unterrichten uns die Abbildungen 50 und 51. Schon vor einer Reihe von Jahren wurde die Frage aufgeworfen, ob die Tagesstätten für Kleinkinder staatlich beaufsichtigt werden sollen. In Württemberg[1]) unterstehen die Kleinkinderanstalten in gesundheitlicher Hinsicht dem Schularzt, in Preußen[1]) und Baden[2]) werden sie von dem Kreis- bezw. Bezirksarzt überwacht. Auf Grund einer im Jahre 1917 von Lust[3]) veranstalteten Umfrage wurde festgestellt, daß 26% von den badischen Anstalten der Kleinkinderfürsorge in hygienischer Hinsicht zu den schwersten Bedenken Anlaß gaben. Der Badische Landesausschuß für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge hat daher 1920 in einer Denkschrift u. a. folgendes betont:

„Die sich ausschließlich auf hygienische Fragen erstreckenden Mindestanforderungen sollen grundsätzlich nicht hinter denen zurückstehen, die auch an die Anstalten der geschlossenen Fürsorge gestellt werden .... Die bisherige staatliche Regelung einer gesundheitlichen Überwachung durch den Bezirksarzt, die erfahrungsgemäß nur eine ganz gelegentliche ist, muß als völlig ungenügend bezeichnet werden. Zu verlangen ist: fortlaufende Überwachung der Anstaltseinrichtung und des Anstaltsbetriebes. Regelmäßige Voruntersuchung jedes neuaufzunehmenden bezw. einige Zeit ferngebliebenen Kindes. Ist diese wie auf dem Lande nicht ärztlich durchführbar, so muß mindestens die leitende Schwester genügende Erfahrung in der Erkennung von Infektionskrankheiten besitzen. Für die Städte empfehlenswert: Anstellung eigener Kindergarten-Ärzte. Für das Land: vertragliche Verpflichtung von Privatärzten; stehen solche nicht zur Verfügung, so ist der Bezirksarzt zur Übernahme der fortlaufenden ärztlichen Überwachung verpflichtet. Die Tätigkeit soll keine ehrenamtliche sein .... Grundsätzlich wird der Standpunkt eingenommen, daß die Nachteile der Schließung einer in hygienischer Beziehung gefahrdrohenden Anstalt geringer einzuschätzen sind als die Vorteile ihrer Aufrechterhaltung."

Erwähnt sei noch, daß ein am 10. Juni 1920 herausgegebenes Rundschreiben des Reichsministers des Innern betr. Grundsätze für die Errichtung und den Betrieb von Krippen, Kinderbewahranstalten und Kindergärten sich vor allem mit der Verhütung von ansteckenden Krankheiten befaßt.

Während man jetzt Hunderttausende von Schulkindern alljährlich zur Erholung aufs Land sendet, ist eine solche Landverschickung bei den Kleinkindern, die einer sorgfältigeren Aufsicht bedürfen, viel schwieriger. Um aber auch den in den Städten lebenden Kleinkindern der unbemittelten Volksschichten Gelegenheit zu geben, sich möglichst viel in frischer Luft und in der Sonne aufhalten zu können, ist für eine genügende Zahl zweckdienlich gestalteter Spielplätze zu sorgen (siehe S. 132). Besonders beachtenswert sind die Bestrebungen, welche sich der Luftbadpflege (vergl. Abb. 56 S. 286) widmen; Luftbadkolonien[4]) bedürftiger Kinder wurden bereits 1907 gleichzeitig in Bremen, Frankfurt a. M. und Mannheim geschaffen.

[1]) Siehe „Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge im Kriege", Oktober 1917, Nr. 8.
[2]) Siehe Badisches Gesetz- und Verordnungsblatt vom 25. März 1913 § 12, 3.
[3]) Siehe „Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge", 1920 Nr. 46/47.
[4]) Siehe „Nachrichtendienst über Kleinkinderfürsorge im Kriege", 1917 Oktober, Nr. 8.

Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, daß die von den Krankenkassen zu gewährende Familienhilfe[1]) auch für die Kleinkinder, von denen jetzt noch zahlreiche selbst bei tödlichen Erkrankungen der ärztlichen Hilfe entbehren, ein dringendes Bedürfnis ist.

Literatur: *1. **Marie Baum:** „Grundriß der Gesundheitsfürsorge", 2. Aufl., München 1923. — 2. **K. Barchetti:** „Zur Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter", Arch. f. Kinderheilk. 1922 Bd. 71 Heft 3. — 3. **Bartschmid:** „Über die Einwirkung der Kriegsverhältnisse auf die Tuberkulosehäufigkeit unter den Münchner Kindern", Münchn. med. Wochenschr. 1920 Nr. 33 — 4. **Bräuning:** „Über die Abgrenzung der ansteckenden Lungentuberkulösen gegen die nichtansteckungsfähigen", Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1923 Bd. 100. — 5. **A. Czerny:** „Die Bekämpfung der Kindertuberkulose", Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. 1919 Bd. XI Heft 9. — 6. **St. Engel:** a) „Die Rachitis, eine Verkümmerungskrankheit", Med. Klin. 1920 Nr. 15; b) gemeinsam mit G. Katzenstein: „Versuch einer Morbiditätsstatistik der Rachitis", Arch. f. Kinderheilk. 1921 Bd. 70 Heft 3; c) siehe Literatur S. 253 Ziffer 3. — 7. **C. Falkenheim:** „Der Einfluß der sozialen Lage auf die Sterblichkeit des Kleinkindes in Königsberg Pr. während der Jahre 1914 bis 1918", Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkindersch. 1920 Heft 6. — 8. **A. Gottstein:** a) „Die Säuglingsfürsorge in Charlottenburg", Amtl. Nachrichten d. Charlottenburger Armenverw. 1912 August; b) „Die Kleinkinderfürsorge", Zeitschr. f. Säuglingssch. 1913 Jahrg. 5 Heft 1; c) „Die gesundheitliche Kleinkinderfürsorge und der Krieg", Schriften d. Deutsch. Ausschusses f. Kleinkinderfürsorge Heft 3, Leipzig 1917. — 9. **Fr. Hamburger** und **R. Monti:** „Die Tuberkulosehäufigkeit im Kindesalter", Münch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 9. — 10. **Hilgers:** „Die Verbreitung der Rachitis in den Jahren 1914 bis 1921", Münch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 49. — 11. **Th. Hoffa:** „Zur Bekämpfung der Tuberkulose im Kindesalter", Beiträge zur soz. Hyg. d. Säugl.- u. Kleinkindesalters, Berlin 1920. — 12. **H. Langer:** a) „Fürsorgemaßnahmen für tuberkulös infizierte bezw. erkrankte Kinder", Zeitschr. f. Säugl.- u. Kleinkinderschutz 1922 Jahrg. 14 Heft 12; b) „Kindertuberkulose", Sozialhyg. Rundschau 1924 Nr. 1. — 13. **Käthe Mende:** „Aufsichtslosigkeit infolge mütterlicher Erwerbstätigkeit", Abhandl. i. „Kleinkinderfürsorge", herausg. v. Zentralinstitut f. Erziehung u. Unterricht Berlin, Leipzig 1917. — 14. **Hugo Neumann:** „Öffentliche Säuglings- und Kinderfürsorge", Med. Reform 1909 Nr. 14 u. 15. — 15. **Rommel:** gemeinsam mit Seitz, siehe Ziffer 18. — 16. **F. Rott:** a) „Lebensbedrohung und Krankheiten des Kleinkindes", Abhandl. i. „Kleinkinderfürsorge", herausg. v. Zentralinstitut f. Erzieh., Leipzig 1917; b) siehe Literatur S. 253 Ziffer 17b. — 17. **Sander:** „Die Verbreitung der okkulten Tuberkulose unter den Kindern in Dortmund", Deutsch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 19. — 18. **Seitz,** gemeinsam mit Rommel: „Gesundheitliche Mißstände und ihre Bekämpfung", Ländliche Kleinkinderfürsorge, herausg. vom Deutschen Ausschuß f. Kleinkinderfürsorge, Berlin 1921. — 19. **H. Selter:** „Verbreitung und Ursachen der Rachitis", Berl. Klin. Wochenschr. 1919 Nr. 7. — 20. **Tjaden:** „Die Gesundheitsverhältnisse in Bremen im Jahre 1921", Bremen 1922. — 21. **G. Tugendreich:** a) „Die Kleinkinderfürsorge", Stuttgart 1917; b) „Zwölf Jahre gesundheitlicher Kleinkinderfürsorge", Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 30. — 22. **F. Umber:** „Über Tuberkuloseinfektion und Tuberkuloseerkrankung der ersten Lebensjahre vor dem Kriege und während desselben", Zeitschr. f. Tuberk. 1917 Bd. 27 S. 331 ff. — 23. **Weinberg** (Bochum): Siehe Literatur S. 253 Ziff. 28. — 24. **Fr. Wiltschke:** „Ergebnisse einer Rachitisuntersuchung in Graz", Arch. f. Kinderheilk. 1924 Bd. 74 Heft 4. — 25. **H. Witzel:** „Über die starke Zunahme der Kindertuberkulose seit Anfang 1919 und ihre Ursache", Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 2.*

4. Schulkinder.

a) Geschichtliches und Allgemeines.

J. P. Frank hat sich schon 1780 eingehend mit der Gesundheitspflege der Schulkinder befaßt. Bezeichnend für sein Buch ist die Mahnung, die bereits in dem Vorspruch: „Schont ihrer Faser noch, schont ihres Geistes Kräfte, verschwendet nicht im Kind des künft'gen Mannes Säfte" enthalten ist. Und einen wie hohen Wert er gerade der Schulgesundheitspflege zugemessen hat, erkennt man aus folgenden Worten: „Auf keinen Gegenstand hat gewiß die Polizey mehr zu wachen, als auf den Teil der öffentlichen Erziehung, wodurch wir erst zu nützlichen Bürgern des Staates werden." Wie wenig jedoch

[1]) Siehe Literatur S. 253 Ziffer 4b u. c.

die Lehre Franks verwirklicht wurde, läßt sich aus dem viel genannten, 1836 veröffentlichten Aufsatz „Zum Schutze der Gesundheit in den Schulen“ von C. J. Lorinser, der in Oppeln als Medizinalrat tätig war, ersehen. In Baden wurden dann durch eine Verfügung vom 13. August 1841 „sämtliche Physikate angewiesen, die sanitätspolizeiliche Aufsicht über die Schulen in den Stadt- und Landgemeinden zu führen, und zu dem Behufe eine Untersuchung derselben wenigstens zweimal im Jahre vorzunehmen“. Ähnliches geschah 1843 in der Oberpfalz. Aber dies genügte nicht. Immer wieder wurden Klagen und Wünsche geäußert. Einen Fortschritt bedeutete es, als der Breslauer Augenarzt H. Cohn 1867 auf Grund seiner Augenuntersuchungen bei Schulkindern die Einführung von Schulärzten beantragte. Fr. Falk (1868), Ellinger (1877), A. Baginsky (1877) traten für die gleiche Forderung ein. Zugleich richtete sich die Aufmerksamkeit vieler Ärzte auf die Hygiene des Schulbetriebs[1]); aber die Stadtverwaltungen hielten es noch nicht für nötig, Schulärzte anzustellen. Selbst der bekannte Frankfurter Stadtarzt Spieß[2]), der zu Beginn der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts als solcher angestellt wurde, war, nach seinen Angaben, 1886 nicht als Schularzt tätig und hatte „nicht einmal in der Schuldeputation Sitz und Stimme, sondern wurde nur zugezogen, wenn die Behörde es für gut fand“. Mit Recht betonte H. Cohn, der sich 1886 noch einmal zur Schularztfrage äußerte, am Schluß seiner Darlegungen: „Sorgen wir dafür, daß der Satz vieler Stockphilologen: Taceat medicus in schola! endlich einmal dem Satze weiche: Audiatur et medicus in schola!“

Zahlreiche deutsche und internationale Tagungen[3]) haben sich dann eingehend mit der Schulhygiene befaßt. Der Weg von der Schulhygiene zur Schülerhygiene wurde gefunden, als Cuntz 1897 in Wiesbaden planmäßig alle Schulkinder untersuchte. Bemerkenswert ist auch die Entschließung des deutschen Ärztetages vom Jahre 1897, daß die Tätigkeit der Schulärzte sich sowohl auf die Schulräume und den Unterricht, wie auf die Gesundheitszustände der Schulkinder erstrecken soll. Im 20. Jahrhundert hat sich dann die Schulgesundheitspflege bezw. die Gesundheitsfürsorge für die Schulkinder erfreulicherweise so gut wie wenige andere Gebiete der Hygiene entwickelt.

Die Schulkinder stellen eine leicht abgrenzbare Altersklasse dar; denn, wenn auch die in den einzelnen Gliedstaaten des Deutschen Reiches geltenden Vorschriften über Anfang und Ende des schulpflichtigen Alters nicht ganz gleichmäßig gestaltet sind, so umfaßt der Schulzwang doch im allgemeinen die Kinder vom Beginn des 7. bis zum Ende des 14. Lebensjahres.

Die Zahl dieser Kinder war schon den Angaben unserer Tafel 61 zu entnehmen. Man sieht, daß 1919 die Ziffer etwas geringer war als im Jahre 1910. Die Ursache liegt in dem Geburtenrückgang während der letzten Jahre vor dem Kriege. Aber die Abnahme der Geburtenziffern (siehe Tafel 46) war weit größer als die Verminderung der Schulkinderzahlen. Die Aufwuchsziffern, gemessen an den Schulkindern, sind 1919 nur wenig kleiner als 1910. Und wenn man, um dies hier schon zu bemerken, die Aufwuchsziffern

[1]) Siehe G. Varrentrapp: „Der heutige Stand der hygieinischen Forderungen an Schulbauten“, Deutsch. Viertelj. f. öff. Gesundheitspfl. 1869. (Im Anhang ein ausführliches Verzeichnis des Schrifttums betr. Schulgesundheitspflege.)

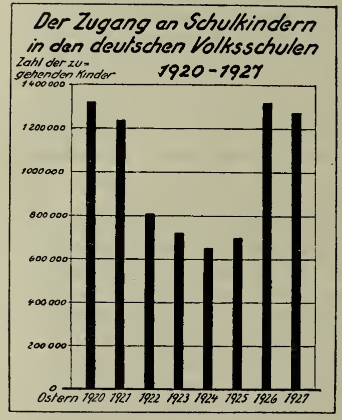
[2]) Nach Angabe von H. Cohn.

[3]) Hier sind vor allem zu nennen: a) der Deutsche Verein für Schulgesundheitspflege und sein Organ, die seit 1887 erscheinende „Zeitschrift für Schulgesundheitspflege“, b) die Schweizerische Gesellschaft für Schulgesundheitspflege, c) der Internationale Kongreß für Schulhygiene.

nach den Jugendlichen von 15 bis 18 Jahren beurteilt, so zeigt sich 1919 sogar eine Zunahme gegenüber den Ergebnissen des Jahres 1910; allerdings macht sich für diese Altersklasse der Einfluß des Geburtenrückganges erst in geringem Umfange geltend.

Der während des Weltkrieges erfolgte Geburtenrückgang hat zu einer starken Verminderung der Schulkinderziffern geführt. Dies geht besonders deutlich aus einer amtlichen Darstellung[1]), die wir in unserer Zeichnung 18 wiedergeben, hervor. Hierzu wird noch folgendes angeführt:

Zeichnung 18.



(Nach Wirtschaft und Statistik 1921 Nr. 9.)

„Wird davon ausgegangen, daß Ostern eines jeden Jahres diejenigen Kinder zur Schule kommen, die in der Zeit vom 1. Juli des Vorjahres bis zum 30. Juni des gleichen Jahres sechs Jahre alt werden, und wird angenommen, daß in den kommenden Jahren Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit ebenso hoch sein wird, wie sie im Jahre 1913 gewesen ist, so werden unter Zugrundelegung der Geburtenzahlen der entsprechenden Jahresabschnitte und unter Berücksichtigung der Verkleinerung des Reichsgebiets in die Schule kommen:

Ostern	1922	808623	Kinder
„	1923	721011	„
„	1924	654173	„
„	1925	700169	„
„	1926	1318045	„
„	1927	1276913	„

Ostern 1920 sind bei gleicher Berechnung, also ausgehend von der Geburtenzahl im 2. Halbjahr 1913 und im 1. Halbjahr 1914 und unter Berücksichtigung der Sterblichkeitsverhältnisse in diesen und den folgenden Jahren 1317309, Ostern 1921 1234528 Kinder in die Schule gekommen. Der hohe Rückgang ist aus der graphischen Darstellung besonders deutlich ersichtlich. Ostern 1924 wird also die geringste Zahl von Neuaufnahmen in die Volksschulen bringen. Dies entspricht den in den Jahren 1917/1918 am tiefsten gesunkenen Geburtenziffern. Der Rückgang beträgt bis über die Hälfte derjenigen Kinderzahl, die bei der Geburtenziffer vom Jahre 1913 hätte in die Schule kommen müssen. Die weitreichendste Wirkung im gesamten Schulwesen wird dieser Rückgang haben, wenn die vier Jahrgänge mit den niedrigsten Kinderzahlen, also die Jahrgänge 1922 bis 1925, gleichzeitig zur Schule gehen. Von Ostern 1925 bis Ostern 1930 werden bei achtjähriger Schulzeit demnach die wenigsten Schulkinder vorhanden sein. Der Ausfall in diesen Jahren wird fast 2,4 Mill. Schulkinder betragen. Bei einer Gesamtzahl von zurzeit etwa 9,8 Mill. Volksschulkindern im heutigen Deutschen Reich beträgt die Minderung nahezu 24,5 v. H."

Mit Recht wurde auch darauf hingewiesen, daß neben dieser fühlbar werdenden Folge der durch den Weltkrieg entstandene Geburtenausfall sich später auch in einer geringen Zahl von Eheschließungen, die wiederum eine Abnahme der Geburtenzahlen nach sich zieht, bemerkbar machen wird.

Da gilt es nun noch mehr als je, für die Schulkinder zu sorgen, damit von ihnen möglichst viele gesund bleiben und das fortpflanzungsfähige Alter erreichen.

Unter den kulturellen Einflüssen, welche die Gesundheit und das Leben der Schulkinder bedrohen, sind zwei Gruppen zu unterscheiden: 1. Die Einflüsse des Schulbetriebs. 2. Die Einflüsse der sozialen Lage, in der sich die Eltern der Schulkinder befinden. Hiermit haben wir uns nunmehr zu befassen.

---

[1]) Siehe Wirtschaft und Statistik 1921 Nr. 9 S. 442.

b) Kulturelle Einflüsse auf die Gesundheit.

α) Einflüsse des Schulbetriebs.

In diesem Abschnitt, in dem die soziale Hygiene der Schulkinder (nicht aber die gesamte Schulgesundheitspflege) zu erörtern ist, können schon im Hinblick auf den verfügbaren Raum nur ganz wenige Teile des Schulbetriebes berücksichtigt werden. Es können daher nur einige Gegenwartsfragen, die sich auf das Schulgebäude und den Unterricht erstrecken, hier beleuchtet werden.

Abb. 52.



Schulbad in einer Karlsruher Volksschule.

Die gesundheitstechnischen Fragen des Schulgebäudes[1]) darf man als gelöst betrachten. Insbesondere ist zu betonen, daß die Gebäude selbst sich in jeder gut verwalteten Gemeinde in befriedigendem, vielfach in vorzüglichem Zustande befinden; selbst in Dörfern[2]) habe ich oft Schulhäuser angetroffen, mit welchen die Gymnasien, die ich zu meiner Schulzeit kennen lernte, nicht zu vergleichen sein würden. Schon von außen merkt man an den großen Fenstern, daß für genügende Belichtung und Lüftung gesorgt ist. Und auf so sachgemäß gestalteten Schulbänken, wie ich sie z. B. in Karlsruher Volksschulen ganz allgemein sehe, habe ich während meiner Gymnasialzeit nicht gesessen. Man kann sich über diese gesundheitstechnische Entwicklung nur freuen.

---

[1]) Siehe H. Selter: „Hygiene des Schulhauses und seiner Inneneinrichtung", Abhandl. i. Handb. d. deutsch. Schulhyg., herausg. v. H. Selter, Dresden 1914.

[2]) Siehe O. Warth: „Ländliche Schulhausbauten und verwandte Anlagen im Großh. Baden", Heft 1—4, Karlsruhe 1911—1914.

Aber es bleiben freilich auch hierbei noch manche Wünsche offen. Die Abortverhältnisse entsprechen vielfach immer noch nicht den hygienischen Mindestanforderungen. Zu diesen gehört auch, daß für eine hinreichende Waschgelegenheit mit fließendem Wasser, sowie für Seife und Handtuch gesorgt sein muß. Ferner sollte das Vorgehen vieler Städte, die Schulbäder eingerichtet haben, allgemein, auch auf dem Lande, nachgeahmt werden. Das gleiche gilt für die Turnhalle. Über die Verbreitung der Volksschulbäder wurde oben (S. 170) berichtet. Unsere Abbildung 52, welche ein Brausebad in einer Karlsruher Volksschule veranschaulicht, zeigt, wie eine solche Einrichtung beschaffen sein soll.

Die Fragen des Einflusses, den die jeweilige Gestaltung des Unterrichts[1]) auf die Gesundheit der Schulkinder ausübt, sind zahlreich; sie beziehen sich auf die Zeit des Schulanfangs, auf die Verteilung der einzelnen Fächer, auf Pausen und Teilung der Unterrichtszeit, auf Ferien, auf Hausaufgaben, auf Trennung der Schüler nach der Begabung u. a. m. Alle diese Probleme sind noch viel umstritten und können wohl auch nicht mit allgemeiner Gültigkeit gelöst werden. So mußte z. B. die Frage: Geteilte oder ungeteilte Unterrichtszeit?, die vor dem Krieg wohl von allen Hygienikern bejaht wurde, infolge der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse erneut geprüft werden. Die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene hat sich im Juli 1923 eingehend hiermit befaßt; nach Berichten des Heidelberger Hygienikers Kossel und des Mannheimer Arztes Moses sowie einer gehaltvollen Aussprache, an der sich neben Schulärzten auch die Führer der badischen Lehrerschaft beteiligt haben, wurde an das Ministerium eine Eingabe gerichtet, in der es heißt, „daß der Nachmittagsunterricht möglichst vermieden werden soll, obwohl nicht zu verkennen ist, daß unter den mannigfaltigen Einflüssen der Kriegs- und Nachkriegszustände auch die ungeteilte Unterrichtszeit zu gesundheitlichen Schädigungen führen kann. Die Entscheidung darüber, welche Art der Unterrichtszeit den jeweiligen örtlichen Verhältnissen am meisten zuträglich ist, sollte den einzelnen Schulgemeinden überlassen werden."

Hinsichtlich des Unterrichts sind vom gesundheitlichen Standpunkte aus zurzeit einige Wünsche besonders hervorzuheben. Zunächst ist ein Ausbau des Turnunterrichts notwendig. Darüber ist bereits S. 196 berichtet worden. Auch auf die Bedeutung des Kochunterrichts wurde schon (auf S. 121) hingewiesen. Hier ist nun noch zu fordern, daß in allen Volksschulen Hygieneunterricht erteilt wird. Die Reichsschulkonferenz[2]) 1920 zu Berlin betonte, „daß die hygienische Erziehung der Schüler notwendig ist zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebensbedingungen und als Voraussetzung der gesundheitsgemäßen Lebensführung der Schüler selbst .... Die hygienische Erziehung der Schüler ist daher an allen Schulen und auf allen Stufen durchzuführen. Die hygienische Erziehung in der Schule hat durch den Lehrer zu erfolgen .... und setzt die hygienische Vorbildung aller Lehrer voraus ....".

Zu fordern ist sodann, daß die Schulklassen nicht überfüllt sind. Im Hinblick auf die in unserer Zeichnung 18 veranschaulichten Verhältnisse dürfte freilich in den nächsten Jahren die Gefahr, daß die Klassen zu stark besetzt sein werden, gering sein.

Bedeutungsvoll ist die Frage, ob und in welcher Weise der Schulbetrieb an der Entstehung oder Verschlimmerung der Kurzsichtigkeit beteiligt ist. Wie wir oben dargelegt

---

[1]) Siehe den Abschnitt „Hygiene des Unterrichts" in Selters „Handb. d. deutsch. Schulhyg.", Dresden 1914.

[2]) Siehe Karl Roller: „Die Beratungen der schulhygienischen Kommission auf der Reichsschulkonferenz", Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1920 Nr. 11 u. 12.

haben, sind ja gerade die zahlreichen Brechungsfehler, die H. Cohn bei Schulkindern festgestellt hat, der Anlaß für eine planmäßige Schulhygiene geworden. Da ist nun hervorzuheben, daß der Rassehygieniker Lenz[1]), der sich auf Untersuchungen des Züricher Augenarztes Steiger stützt, den Einfluß der Naharbeit auf die Entstehung der Kurzsichtigkeit völlig in Abrede stellt. Er faßt seine Ansicht folgendermaßen zusammen: „1. Ohne entsprechende erbliche Veranlagung entsteht keine Myopie. 2. Bei gegebener Veranlagung kann leichte wie schwere Myopie auch ohne jede Naharbeit entstehen. 3. Ob Naharbeit zur Entwicklung einer vorhandenen Anlage zur Myopie beitragen könne, ist fraglich ... Die Entscheidung muß daher an der Hand vorsichtiger Statistik gesucht werden. Insbesondere sind ausgedehnte Familienforschungen nötig, zu denen in diesem Falle nicht nur der Augenarzt, sondern auch der Schularzt und der Erblichkeitsforscher berufen sind.“ Daß bei der Kurzsichtigkeit die ererbte Anlage eine wesentliche Rolle spielt, ist sicher; aber außerdem machen sich doch wohl noch andere Einflüsse geltend, was z. B. daraus hervorgeht, daß, wie die Tafel 77 zeigt, die Knaben in den höheren Schulen fast doppelt so häufig Brechungsfehler aufweisen wie die Volksschüler.

Schließlich ist noch auf die bei dem Schulbesuch vorhandene Gefahr der Übertragung ansteckender Krankheiten, insbesondere von Masern, Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie, hinzuweisen. In der Sterblichkeitsstatistik spielen diese Infektionen jetzt vielfach keine oder eine verhältnismäßig nur geringe Rolle; aber an den Krankheitsziffern sind sie stark beteiligt. Allerdings lassen sich diese Ziffern nicht vollkommen erfassen, zumal bei Masern und Keuchhusten keine Anzeigepflicht besteht. Zur Verhütung von Epidemien ist es unbedingt erforderlich, daß auch gesunde Bazillenträger vom Schulbesuch ausgeschlossen werden; und Genesende sind daraufhin genau zu prüfen, ob sie noch ansteckend wirken können. Bei der Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten, soweit es sich um die Übertragung in der Schule handelt, ist die Mitwirkung der Lehrer nicht zu entbehren. Schultz hat hierfür einen ausführlichen Plan veröffentlicht. In Preußen wurde durch einen Ministerialerlaß vom 9. Juli 1907 eine „Anweisung zur Verhütung der Verbreitung übertragbarer Krankheiten durch die Schulen“ bekanntgegeben; diesem Vorgehen sind dann andere deutsche Staaten in ähnlicher Weise gefolgt. Ein preußischer Ministerialerlaß vom 17. Januar 1920 ordnet an, daß diphtheriegenesene Kinder und ihre Geschwister nur nach entsprechenden bakteriologischen Feststellungen zum Schulbesuch wieder zugelassen werden sollen.

β) Sonstige Einflüsse der sozialen Umwelt.

Die gesundheitliche Lage der Kinder hängt zunächst von ihren ererbten Eigenschaften ab. Schon im alten Rom sprach man davon, daß nicht aus jedem Holz eine Bildsäule geschnitzt werden kann. Und auch der beste deutsche Schulmeister der Gegenwart kann aus einem Schulkinde, es mag noch so gut gepflegt werden, keinen brauchbaren Staatsbürger formen, wenn es aus einer entarteten Erbmasse stammt. Aber im ganzen genommen ist die Erbmasse der deutschen Bevölkerung nicht entartet; die große Mehrzahl der Kinder wird gesund geboren, und selbst in den Fällen, wo es sich um ererbte, jedoch noch verborgene Krankheitsanlagen handelt, würde die Krankheit zumeist nicht in die Erscheinung treten, wenn nicht durch die Ungunst der sozialen Lage, in der sich die Eltern befinden, die Bedingungen hierfür geschaffen werden würden.

---

[1]) Siehe Literatur S. 218 Ziffer 14,

Die aus den ungünstigen wirtschaftlichen Zuständen der Eltern sich ergebenden Einflüsse, die auf die Gesundheitsverhältnisse der Schulkinder einwirken, sind mannigfaltiger Art. An erster Stelle ist hier die mangelhafte Ernährung zu nennen. Dann aber spielt die Wohnnot eine große Rolle, namentlich wenn, wie so oft, nicht genügend Betten[1]) aufgestellt werden können bezw. vorhanden sind; es ist zu fordern, daß jedes Kind allein in einem Bett schläft und die Ruhe findet, die es braucht, um am nächsten Morgen mit Erfolg dem Unterricht beiwohnen zu können. Besonders schlimm sind die Kinder daran, die, um etwas Geld zu verdienen, frühmorgens vor dem Unterricht schon stundenlang Brötchen, Zeitungen u. dgl. austragen müssen. Diese und andere wirtschaftliche Ursachen wirken auf die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in der nachteiligsten Weise ein.

Über die Ausdehnung der Kindererwerbsarbeit unterrichtet eine Erhebung, die A. Vieth in Halle a. S. 1921 durchgeführt hat. Die zahlenmäßigen Angaben sind in unserer Tafel 75 enthalten. Hierzu wird bemerkt, daß auf die Erwerbstätigen ein erheblich größerer Anteil solcher Kinder fiel, die unterdurchschnittliche Schulleistungen aufwiesen; auch der ärztliche Befund dieser Kinder war außerordentlich schlecht.

Tafel 75.

Die erwerbstätigen Kinder in Halle a. S. 1921.

Klassen und Kinder	Gesamtzahl	Von der Erhebung erfaßt	Unter 100 der Gesamtzahl waren von der Erhebung erfaßt	Erwerbstätige Kinder	Unter 100 von der Erhebung erfaßten waren erwerbstätig
Klassen	448	301	67,2	—	—
Knaben	9243	6729	72,8	785	11,67
Mädchen	9633	6902	71,6	848	12,27
Zusammen . .	18876	13631	72,2	1633	11,98

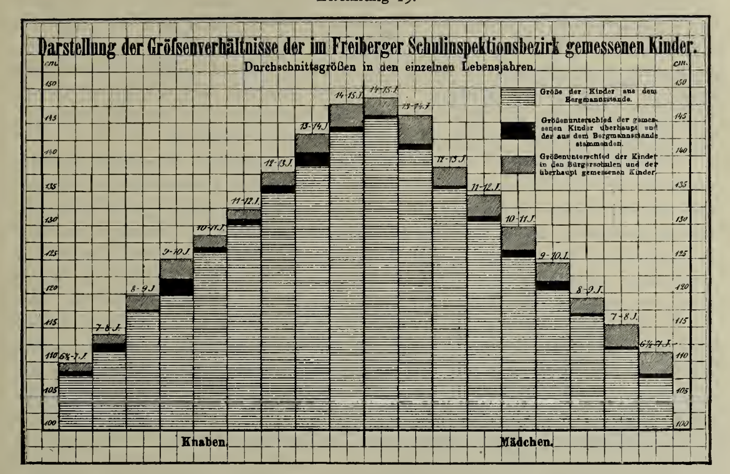
(Nach A. Vieth.)

Schon 1888 haben A. Geißler und R. Uhlitsch auf Grund umfangreicher Untersuchungen bei Schulkindern in Freiberg dargelegt, welchen Einfluß die Lebensverhältnisse, in denen die Kinder aufwachsen, auf die körperliche Entfaltung ausüben. Die Kinder aus dem Bergmannsstande waren durchweg kleiner als die Bürgerschüler. Die Einzelheiten sind einer Darstellung, die in unserer Zeichnung 19 wiedergegeben wird, zu entnehmen.

Einen ähnlichen Vergleich, der sich auf die körperliche Beschaffenheit von Schulkindern verschiedenartiger Wohlhabenheitsgruppen am Anfang des 20. Jahrhunderts erstreckt, hat der Dresdener Lehrer H. Graupner durchgeführt; seine Untersuchungen gehen aber hinsichtlich der Fragestellungen weit über die Freiberger Forschungen hinaus.

[1]) Vgl. die Angaben auf S. 143. Ferner sei auf die Ergebnisse des Berliner Schularztes L. Bernhard hingewiesen; er fand, daß 28% der Kinder mit vier, 10% mit fünf, 4,2% mit sechs und 2% mit mehr als sechs Personen im Zimmer schlafen; nur 33% schlafen allein im Bett, 63,5% zu zweien, 3,4% zu dreien und 0,1% zu vieren. Diese Zustände wurden auch in anderen Städten, z. B. in Magdeburg, festgestellt. (Siehe L. Bernhard: „Schlaf und Schlafverhältnisse", Art. i. Encyclopädisch. Handb. d. Kinderschutzes u. d. Jugendfürsorge, Leipzig 1911.)

Zeichnung 19.



(Nach A. Geißler und R. Uhlitzsch.)

Tafel 76.

Körperhöhe der normal aufgerückten und zurückgebliebenen Dresdner Bürgerschüler und Bezirksschüler.

(Durchschnittszahlen.)

Schüler	Schuljahr							
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Bürgerschüler								
5992 Knaben:								
Normal aufgerückt . . .	117,4	123,4	128,0	132,6	135,0	139,8	145,6	150,0
Sitzengeblieben	—	120,8	126,5	130,6	135,6	138,9	141,7	149,1
4754 Mädchen:								
Normal aufgerückt . . .	116,2	121,8	127,1	131,8	136,0	142,5	148,4	153,7
Sitzengeblieben	—	117,0	121,4	126,4	131,2	139,3	145,1	146,6
Bezirksschüler								
20478 Knaben:								
Normal aufgerückt . . .	112,7	118,5	123,3	128,1	132,9	137,9	142,1	147,0
1 mal sitzengeblieben . .	—	115,7	121,4	125,8	131,8	136,1	140,0	144,2
2 „ „ . .	—	—	119,5	125,3	130,3	134,0	138,7	144,1
3 u. mehrm. „ . .	—	—	—	—	(130,1)	(136,0)	137,9	143,3
23198 Mädchen:								
Normal aufgerückt . . .	112,3	118,1	123,1	127,9	133,6	139,7	144,4	150,0
1 mal sitzengeblieben . .	—	115,3	120,6	126,1	130,9	135,5	142,0	147,4
2 „ „ . .	—	—	120,0	124,0	129,8	135,7	140,6	146,9
3 u. mehrm. „ . .	—	—	—	—	(129,3)	132,6	140,0	144,0

(Nach H. Graupner.)

Man ersieht aus den Angaben von Graupner, daß die Bürgerschüler, d. h. die Kinder der Wohlhabenderen, hinsichtlich der Körperhöhe die Bezirksschüler, d. h. die Kinder der Unbemittelten, übertreffen, und daß sowohl bei den Bürger- wie bei den Bezirksschülern, bei Knaben wie bei Mädchen, die normal aufgerückten eine bessere körperliche Entwicklung aufwiesen als die Sitzengebliebenen. Aus diesen Tatsachen wäre zu folgern, daß die körperliche Entfaltung der Kinder von der wirtschaftlichen Lage der Eltern abhängt, und daß der körperliche Zustand die geistigen Leistungen beeinflußt.

Über die körperliche Beschaffenheit der Schulkinder hinsichtlich Größe, Gewicht und Ernährung gingen allerdings die Urteile der Untersucher vor, während und nach dem Kriege weit auseinander. Für den Ernährungszustand gibt es keinen objektiven Maßstab[1]); dies ist die Ursache, warum die Ansichten der Schulärzte nicht nur in verschiedenen Städten, sondern auch in derselben Stadt bei verschiedenen Schulen weit voneinander abweichen, ohne daß der Grund hierfür in der Beschaffenheit der Kinder gelegen zu haben braucht. Größe und Gewicht lassen sich jedoch genau feststellen; aber für die Beziehung von Gewicht zu Größe ist bisher noch keine verwendbare Formel gefunden worden. Aus den Berechnungen der Durchschnittszahlen, wie sie oben wiedergegeben wurden, darf man auch nur mit großer Vorsicht Schlüsse ziehen, weil der Umfang der Abweichungen vom Durchschnitt nicht bekannt ist. Der Münchener Anthropologe R. Martin[2]) hat ein Verfahren vorgeschlagen, wonach in allen Schulen einheitlich die Abweichungen berechnet werden sollen. Soeben tritt Prinzing[3]) dafür ein, daß eine Norm geschaffen werden soll, mit der die Schulkindermessungen und -wägungen verglichen werden können. Man sieht aus all diesen Darlegungen, wie weit wir vorläufig noch von einem einwandfreien Tatsachenstoff, der über die körperliche Beschaffenheit der Schulkinder unterrichtet, entfernt sind. Gegenwärtig ist man noch auf die mehr oder weniger subjektiven Urteile der Schulärzte angewiesen.

Da ist nun zu erwähnen, daß nach umfangreichen Feststellungen und Rundfragen W. v. Drigalski 1921 zu einem sehr ungünstigen Ergebnis gelangt ist; er fand, daß „von allen deutschen Schulkindern, soweit nicht vorwiegend ländliche Verhältnisse in Frage kommen, über 40%, also nicht viel weniger als die Hälfte, derart unterernährt sind, daß bei den meisten Hilfe notwendig ist“.

Ein zahlenmäßiges Bild von der Unterernährung der Schulkinder bietet auch die „Sonderbeilage zu den Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes“ 1922 Nr. 16; hier wird auf Grund ärztlicher Musterungen in ganz Deutschland dargelegt, wieviel Kinder in den einzelnen Städten Abweichungen von den Normalindices aufwiesen und daher speisebedürftig waren.

Der Erfurter Stadtarzt Oschmann schilderte im Jahre 1923, daß die Schulkinder trotz der Schulspeisungen Hunger litten; der Fett- und Eiweißgehalt der Speisungen sei oft so minderwertig gewesen, daß „die gespeisten Kinder wohl für den Augenblick ein

---

[1]) Auch der auf Wunsch der Quäker viel benutzte Rohrersche Index, welcher lautet: 100 mal Körpergewicht geteilt durch Körpergröße^3, hat sich hierbei als unbrauchbar erwiesen, wie von vielen Seiten übereinstimmend mitgeteilt wurde.

[2]) R. Martin: a) „Lehrbuch der Anthropologie“, Jena 1914; b) „Richtlinien für Körpermessungen und deren statistische Verarbeitung mit besonderer Berücksichtigung von Schülermessungen“, München 1924.

[3]) Fr. Prinzing: „Körpermessungen und -wägungen deutscher Schulkinder und ein Vorschlag, diese vergleichbar zu machen“, Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 30.

Sättigungsgefühl hatten, daß sich aber bald wieder Hunger einstellte und eine wirkliche Aufbesserung des Körpers nicht eintrat". Zutreffender, als es Worte und Zahlen vermögen, gibt eine Zeichnung[1]) von Käthe Kollwitz (siehe unsere Abb. 53) wieder, wie die Ernährungsverhältnisse bei den Kindern 1919 beschaffen waren.

Den Einfluß des Krieges und der Nachkriegszeit auf Gewicht und Körpergröße der Schulkinder erkennt man aus Darlegungen des Bad. Stat. Landesamtes[2]), die sich auf schulärztliche Untersuchungen insbesondere aus Mannheim und Freiburg stützen. In Mannheim wurde festgestellt, daß hinsichtlich des Körpergewichts sowohl der Knaben wie der Mädchen aller Altersklassen während des Schuljahres 1922/23 „schon eine weitergehende Angleichung im allgemeinen an die Vorkriegszeit stattgefunden hat". In Freiburg, wo nur über die Kinder im Alter von 7, 10 und 14 Jahren Zahlen geboten werden, wurden während des Jahres 1922 im allgemeinen ebenfalls befriedigende Gewichtsziffern erreicht; lediglich die 10 Jahre alten Knaben wiesen das Vorkriegsgewicht noch nicht auf. Auch hinsichtlich der Durchschnittsgröße der Volksschulkinder wird von Mannheim berichtet, daß die Friedenszahlen im allgemeinen wieder vorliegen, zum Teil sogar überschritten wurden. In Freiburg stehen dagegen die Körpergrößenziffern in allen Altersstufen ganz erheblich hinter den Zahlen der Vorkriegszeit zurück. „Als Gesamtergebnis", so heißt es in der amtlichen Veröffentlichung, „kann verzeichnet werden, daß bis zum Jahre 1922/23 eine allmähliche Angleichung an die Zahlen der Vorkriegszeit sowohl im Körpergewicht wie in Körpergröße sich vollzogen zu haben scheint. Ob und inwieweit sich dieser Fortschritt bei den jetzigen, infolge der Teuerung wiederum in verstärktem Maße hervortretenden Ernährungsschwierigkeiten aufrechterhalten läßt, werden die kommenden Jahre zeigen. Die Aussichten hierzu sind sehr gering."

Abb. 53.



Hunger.
Nach einer Zeichnung von Käthe Kollwitz.

Über die häufigsten Krankheiten der Schulkinder, mit Unterscheidung nach der Schulart, unterrichten zahlenmäßige Angaben von Gastpar, die in unserer Tafel 77 wiedergegeben sind.

[1]) Die Zeichnung ist das Titelblatt zu der von Max Rubmann verfaßten Schrift „Hunger! Wirkungen moderner Kriegsmethoden", Berlin 1919, Verlag G. Reimer. Die Künstlerin hat die Gier der hungernden Kinder nach Speisen völlig wahrheitsgetreu dargestellt und dadurch die Zustände in den letzten Kriegs- und ersten Nachkriegsjahren meisterhaft geschildert.

[2]) Siehe Statistische Mitteilungen über das Land Baden 1923 Bd. 12 Nr. 11.

Tafel 77.

Krankheiten der Schüler und Schülerinnen in Stuttgart 1916/17.

Schulen	Durchschnittliche Zahl der Kinder	Krankheiten														
		Blutarmut	Rachitis	Skoliose	Drüsen	Erkrank. der Atmungsorgane	Herzgeräusche einschl. Fehler	Eiweiß	Herabgesetzt. Gehör	Adenoide Wucherungen	Brechungsfehler	Augenleiden	Kropf	Nervenleiden	Hautleiden	Ungeziefer
Volksschule Knaben	10501	1212 11,5%	2347 22,4%	728 6,9%	3932 37,4%	618 5,9%	889 8,5%	60 0,6%	290 2,8%	1545 14,7%	1503 14,3%	209 1,9%	797 7,6%	11 0,1%	249 2,4%	1 —
Volksschule Mädchen . . .	12231	1365 11,2%	1693 13,8%	799 6,5%	3612 29,5%	617 5%	1503 12,3%	276 2,3%	259 2,1%	1726 14,1%	2418 19,8%	235 1,9%	2174 17,8%	9 0,1%	369 3%	667 5,5%
Bürgerschule Knaben	4078	430 10,5%	828 20,3%	277 6,8%	1083 26,6%	224 5,5%	428 10,5%	21 0,5%	78 1,9%	573 14,1%	835 20,5%	64 1,6%	443 10,9%	2 0,14%	75 1,8%	— —
Mittelschule Mädchen . . .	4354	301 6,9%	445 10,2%	273 6,3%	579 13,3%	268 6,2%	507 11,6%	15 0,3%	61 1,4%	678 15,6%	1118 25,7%	90 2,1%	801 18,4%	3 0,1%	38 0,9%	— —
Höhere Schulen Knaben	7216	542 7,5%	1010 14%	372 5,2%	1477 20,5%	457 6,3%	716 9,9%	11 0,2%	118 1,6%	818 11,3%	2028 28,1%	74 1%	435 6%	8 0,1%	81 1,1%	— —
Höhere Schulen Mädchen . . .	3833	243 6,3%	249 6,5%	283 7,4%	546 14,2%	184 4,8%	435 11,3%	17 0,4%	50 1,3%	418 10,9%	914 23,8%	38 1%	675 17,6%	4 0,1%	24 0,6%	— —
Gewerbeschulen	2827	131 4,6%	516 18%	688 24,3%	538 19%	20 0,7%	296 10,5%	— —	81 3,1%	101 3,6%	562 19,9%	44 1,6%	153 5,4%	7 0,2%	18 0,6%	— —
Alle Knaben . . .	24622	2315 9,4%	4701 19,1%	2065 8,4%	7030 28,6%	1319 5,4%	2329 9,5%	92 0,4%	567 2,3%	3037 12,3%	4928 20%	391 1,6%	1828 7,4%	28 0,1%	423 1,7%	1 —
Alle Mädchen. . .	20418	1909 9,3%	2387 11,7%	1355 6,6%	4737 23,2%	1069 5,2%	2405 11,8%	308 1,5%	370 1,8%	2822 13,8%	4450 21,7%	363 1,8%	3650 17,8%	16 0,1%	431 2,1%	667 3,3%
Zusammen. . .	45040	4224 9,4%	7088 15,7%	3420 7,6%	11767 26,1%	2388 5,3%	4734 10,5%	400 0,9%	937 2,1%	5859 13%	9378 20,8%	754 1,7%	5478 12,2%	44 0,1%	854 1,9%	668 1,5%

(Nach Gastpar).

Beachtenswert sind sodann die von Gastpar bei 42000 Stuttgarter Kindern gewonnenen Untersuchungsergebnisse, die er 1914 auf der Ausstellung[1]) für Gesundheitspflege in Stuttgart dargeboten hat. Einiges sei hier angeführt: Während der Schulzeit zeigen eine zunehmende Häufigkeit Albuminurie, Herzfehler (besonders bei Gymnasiasten und Volksschülerinnen) und Störungen der Sehschärfe (bei Gymnasiasten und Mittelschülerinnen); eine Vermehrung der Gehörfehler und der Tuberkulosefälle war nicht feststellbar. Je älter die Schüler wurden, um so seltener litten sie an Katarrhen (besonders betroffen waren hierbei die Bürgerschüler). Dagegen traten mit zunehmendem Alter immer häufiger Verkrümmungen der Wirbelsäule (am meisten bei den Bürgerschülern) auf. Je älter die Schüler sind, um so weniger haben sie Drüsenschwellungen (am meisten betroffen sind die Volksschüler). Auch bei blühend aussehenden Kindern weist die genaue Untersuchung zahlreiche Gesundheitsstörungen nach; die mageren, blutarmen Kinder stehen aber in der körperlichen Entwicklung um zwei Jahre hinter den blühend aussehenden und haben viermal soviel Krankheiten wie diese.

Über die Häufigkeit der Rachitis im Schulalter sind Angaben in den Tafeln 64 und 65 enthalten. Hinsichtlich des Einflusses der natürlichen Ernährung während des Säuglingsalters auf die spätere Entwicklung im Schulalter sei auf die obigen Darlegungen (siehe Fußnote 2 S. 235) verwiesen.

Über die Häufigkeit der Lungentuberkulose im schulpflichtigen Alter hat der Charlottenburger Schul- und Lungenfürsorgearzt Pölchau einen Bericht, der sich auf langjährige eigene Erfahrungen und zugleich auf die hiermit im allgemeinen gut übereinstimmenden Untersuchungsergebnisse aus Mannheim und Dortmund stützt, 1923 veröffentlicht. Die häufig in der Tagespresse zu lesende Nachricht, daß die Lungentuberkulose seit dem Kriege unter den Schulkindern sehr zugenommen habe, wird als unrichtig bezeichnet. Diese Krankheit findet man bei der Schuljugend selten; eine wesentliche Zunahme ist auch nach dem Kriege nicht festgestellt worden. Die Morbidität an Lungentuberkulose dürfte unter den Schulkindern in deutschen Großstädten 0,15—0,3 % betragen, so daß, da die meisten Schulen weniger als 1000 Schüler haben, in mancher Schule kein einziges an manifester Lungentuberkulose leidendes Kind zu finden ist. (Zu unterscheiden ist hierbei zwischen Durchseuchung mit Tuberkelbazillen und der wirklichen Erkrankung.) Die Prognose der Lungentuberkulose ist bei Schulkindern nicht so schlecht, wie man früher annahm. „Aus meinen eigenen Untersuchungen, die jedesmal einen ganzen Schulzötus während der acht Jahre Schulpflicht verfolgten, ergab sich," schreibt Pölchau, „daß 93,4 % der Kinder, welche wegen manifester Lungentuberkulose in eine Heilstätte geschickt worden waren, 1912 keinen krankhaften Befund mehr aufwiesen. Von den 42 tuberkulösen Schulkindern des Zötus 1913—1921, welche uns bekannt waren, waren 39 in Heilstätten geschickt worden. Diese zeigten 1921 keinerlei Krankheitserscheinungen mehr. Es ist Sache der Auffassung, ob man diese Kinder als latent tuberkulös oder als geheilt bezeichnen will." Gegenüber den Bestrebungen, die Jugend durch Schutzimpfung vor der Tuberkulose zu schützen, wird auf die Ausführungen von Neufeld auf dem Wiesbadener Kongreß für innere Medizin 1921 hingewiesen; hier wurde dem Tuberkulin jede immunisierende Wirkung abgesprochen und grundsätzlich die Schutzimpfung gesunder Personen abgelehnt. Pölchau bemerkt dazu: „Die natürliche Schutzimpfung durch eine

---

[1]) Siehe A. Fischer: „Die Ausstellung für Gesundheitspflege in Stuttgart", Münch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 24.

leichte Tuberkuloseinfektion sollte uns genügen. Diese schafft zwar nur eine geringe Immunität, die immer relativ ist. Das liegt im Wesen des Tuberkelbazillus. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir nichts anderes schaffen können als die Natur."

Die allgemeinen Sterblichkeitsverhältnisse im Schulalter sind schon in unserer Zeichnung 5 (S. 56) veranschaulicht; man vergleiche auch die Tafeln 13—15 auf Seite 57, 59 und 60. Man erkennt, daß die Sterblichkeit während des Schulalters am allerniedrigsten ist. Die Kinder dieser Altersklasse stellen eine Auslese dar, da die körperlich untauglichsten zumeist als Säuglinge oder Kleinkinder dahingerafft wurden.

Wie stark die Sterblichkeit im Schulalter während der letzten Jahrzehnte vor dem Kriege abgenommen hat, zeigt die Tafel 69 (S. 262); während der Kriegsjahre ist aber die Sterblichkeit bei dieser Altersklasse, wie der Tafel 70 zu entnehmen ist, erheblich gestiegen.

Über die Todesursachen im Schulalter unterrichtet die Tafel 71. Wie häufig bei Schulkindern die Todesursachen beglaubigt waren (was einen Anhalt für die Zahl der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen gewährt), läßt sich aus der Tafel 73 erkennen.

c) Schulkinderfürsorge.

Was oben (Seite 252) darüber geäußert wurde, wie sehr der Erfolg im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit von den wirtschaftlichen Zuständen abhängt, gilt entsprechend von den Aussichten der Maßnahmen, die der Schulkinderfürsorge dienen. Vor allem ist es wünschenswert, daß die wirtschaftliche Notlage der Eltern die Kinder nicht zwingt, schon während des Schulalters Erwerbsarbeit zu verrichten.

Bereits in dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" (S. 35) wurde darüber berichtet, wie in England zu Beginn des 19. Jahrhunderts die Kinder in Fabriken ausgenutzt wurden. Es ist ergreifend zu lesen, wie, z. B. nach den Schilderungen von Herkner[1]), die Kinder, die den Fabrikanten von den Armenverwaltungen zugeführt wurden, behandelt wurden. „Die Kinder galten als ‚Lehrlinge', erhielten keinen Lohn, sondern nur Kost und Wohnung, diese aber oft in so erbärmlicher Beschaffenheit, daß die Sterblichkeit der Kinder eine ungewöhnliche Höhe erreichte. Die tägliche Arbeitszeit betrug im allgemeinen 16 Stunden. Nicht selten wurde aber auch bei Tage und bei Nacht gearbeitet. Man sagte damals in Lancashire, daß die Betten nicht kalt würden. Das Lager, das die Kinder der Tagesschicht verließen, wurde sofort von denjenigen in Anspruch genommen, die während der Nacht gearbeitet hatten. Die Bezahlung der Aufseher richtete sich nach den Arbeitsleistungen der Kinder, die deshalb bis zur völligen Erschöpfung angetrieben wurden. Manche dieser Unglücklichen strebten danach, sich ihrem ‚Lehrverhältnisse' durch die Flucht zu entziehen. Bestand diese Gefahr, so scheute man sich nicht, die Kinder gleich Verbrechern mit Ketten zu fesseln. Der Tod bildete den einzigen Ausweg, die ersehnte Rettung, und Selbstmorde kamen unter den Fabrikkindern in der Tat hie und da vor." In Deutschland war es stellenweise nicht viel besser; teilt doch ein amtlicher Bericht aus dem Jahre 1824 mit, daß in manchen Fabriken schon sechsjährige Kinder von 6 Uhr morgens bis 8 Uhr abends beschäftigt waren.

Am besten wäre es, wenn die Erwerbsarbeit im schulpflichtigen Alter ganz verboten werden könnte. Aber leider gilt hier das gleiche, was oben (S. 228) über die Erwerbsarbeit der Mütter gesagt wurde. Der erwähnten Untersuchung in Halle a. S. (siehe Tafel 75) ist zu entnehmen, daß etwa 12% der Volksschulkinder Erwerbsarbeit verrichten müssen. Sicherlich ist — von Ausnahmen abgesehen — nur die bitterste Not, in der sich die betreffenden Familien befinden, der Anlaß hierzu. Aber ohne den kleinen Verdienst der Kinder wäre die Lage jener Familien gewiß noch trauriger.

[1]) H. Herkner: „Die Arbeiterfrage", Berlin 1908.

Gegen die schlimmste Ausbeutung der Kinder schützen die Gewerbeordnung vom 1. Januar 1910 und das Reichsgesetz betreffend Kinderarbeit[1]) in gewerblichen Betrieben vom 30. März 1903.

Kinder unter 13 Jahren dürfen in Fabriken nicht beschäftigt werden. Kinder über 13 Jahre nur dann, wenn sie nicht mehr schulpflichtig sind. Die Arbeitszeit der letzteren darf die Dauer von 6 Stunden täglich nicht überschreiten. Für schulpflichtige Kinder gelten besondere Vorschriften, wobei unterschieden wird, je nachdem es sich um eigene oder fremde Kinder handelt. In manchen Betrieben, so in Berg- und Hüttenwerken, Brüchen, Ziegeleien, in der Tabakindustrie, bei Bauten, in Werkstätten mit Motorenbetrieb u. a. m. dürfen Kinder nicht tätig sein. Über ihre Beschäftigung bei öffentlichen Vorstellungen oder in Gastwirtschaften bestehen besondere Bestimmungen. Verboten ist die gewerbliche Tätigkeit fremder Kinder unter 12 Jahren sowie eigener unter 10 Jahren. Aber auch in Betrieben, in denen die Arbeit von Kindern gestattet ist, dürfen diese weder nachts noch in der Schulzeit überhaupt länger als 3 Stunden (in den Ferien höchstens 4 Stunden) täglich tätig sein. Sonntagsarbeit ist im allgemeinen verboten. Dagegen wird die Kinderarbeit in der Landwirtschaft sowie im Haushalt nicht beschränkt.

Neben der Verbesserung der wirtschaftlichen Zustände ist die wichtigste Maßnahme, die zugunsten der Schulkinder zu treffen ist, die Anstellung von Schulärzten. Sobald ein umsichtiger Schularzt vorhanden ist, werden, nach Möglichkeit, die erforderlichen Einrichtungen geschaffen; zugleich wird dafür gesorgt, daß diese zum Teil recht kostspieligen Maßnahmen vor allem denjenigen Kindern zugute kommen, die nach ihrem körperlichen Befinden wirklich bedürftig sind.

Daß der Schularzt (wie jeder Fürsorgearzt) hauptamtlich angestellt (d. h. von der Tätigkeit des behandelnden Arztes losgelöst) sein soll, darüber besteht jetzt kein Zweifel mehr; in diesem Sinne hat sich auch der Deutsche Verein[2]) für öffentliche Gesundheitspflege 1919 ausgesprochen. Allerdings werden die örtlichen Verhältnisse es vorläufig nicht überall zulassen, daß dieser Wunsch restlos erfüllt wird.

Die „Mitteilungen des Deutschen Städtetages" bieten in den Sonderbeilagen zu Nr. 4 bezw. Nr. 5 des 8. Bandes (April bezw. Mai 1921) Angaben über die Ausdehnung der ärztlichen Überwachung der Schulkinder sowie über die Entwicklung der Schulzahnpflege. Aus diesen Darlegungen sei folgendes hier wiedergegeben: Dem Städtetag gehören 214 Städte an; es sind dies alle deutschen Städte mit mehr als 25000 Einwohnern und 26 Städte mit etwas geringerer Einwohnerziffer. An der Erhebung betreffend Schulärzte haben sich 181 Städte beteiligt. Diese wurden (wie bei solchen Umfragen üblich) in vier Gruppen geteilt, Gruppe A: Städte mit mehr als 200000, Gruppe B: Städte mit 100000—200000, Gruppe C: Städte mit 50000—100000, Gruppe D: Städte mit weniger als 50000 Einwohnern. Der Stand vom Dezember 1920 bezw. Januar 1921 bot folgendes Bild: „Eine ärztliche Überwachung der Schulkinder ist in sämtlichen Städten der Gruppe A (22) und B (22) erfolgt. Von den 38 Städten der Gruppe C fehlen noch 5, in denen die Anstellung von Schulärzten aber in Kürze erfolgen soll. Bezüglich der Gruppe D waren in 86 von 99 Städten Schulärzte bereits tätig. Von den 13 fehlenden Städten beabsichtigen 8 die Einführung in nächster Zeit; in 5 Städten war man der Frage noch nicht näher getreten."

[1]) Eine Anzahl deutscher Lehrer hat sich ein großes Verdienst durch die Aufdeckung der körperlichen und geistigen Schäden, welche die erwerbsmäßige Kinderarbeit erzeugt, erworben. Hier ist besonders der Rixdorfer Lehrer K. Agahd zu nennen. (Siehe K. Agahd: a) „Kinderarbeit und Gesetz gegen die Ausnutzung kindlicher Arbeitskraft in Deutschland", Jena 1902; b) „Gesetz betr. Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben", Schriften d. Gesellsch. f. soz. Reform Heft 10, Jena 1903.)

[2]) Siehe den Bericht über die Versammlung im Jahre 1919, Braunschweig 1921; vgl. auch den Abschnitt „Ärztewesen", S. 452.

Auf welche Schulen sich die ärztliche Überwachung erstreckt, zeigt die Tafel 78

Tafel 78.

Die Ausdehnung des Schularztwesens im Deutschen Reich 1921.

Städtegruppe	Nur auf Volksschulen	Auf die Mittelschulen	Auf die höheren Schulen	Auf die Fortbildungs-schulen	Unbekannt
A (22)	8	7	7	5	4
B (22)	5	10	6	7	2
C (33)	15	6	4	3	7
D (86)	41	24	22	11	10

(Nach „Mitteil. d. Deutsch. Städtetages“ 1921.)

Bei dem schulärztlichen Dienst kommen 4 Systeme in Betracht. In welchem Umfange diese Systeme in den einzelnen Städtegruppen verwendet wurden, ersieht man aus der Tafel 79.

Tafel 79.

Die Verbreitung der einzelnen Schularztsysteme im Deutschen Reich 1921.

Städtegruppe	Nur hauptamtliche Schulärzte	Nur nebenamtliche Schulärzte	Nur Stadtärzte bezw. Kreisärzte	Gemischtes System
A (22)	7	7	1	7
B (22)	5	9	2	6
C (33)	6	16	6	4
D (86)	7	45	30	2

(Nach „Mitteil. d. Deutsch. Städtetages“ 1921.)

Die Zahnbehandlung der Schulkinder ist zwar bereits in 83 von 182 Städten gewährleistet, aber nur 50 Städte besitzen Schulzahnkliniken. Wie sich diese auf die einzelnen Städtegruppen verteilen, und welches Zahnarztsystem man für die Behandlung der Schulkinder in den verschiedenen Gemeinden benutzt, zeigt die Tafel 80.

Tafel 80.

Die Ausdehnung der Zahnbehandlung der Schulkinder im Deutschen Reich 1921.

Städtegruppe	Schulzahn-kliniken	Nur hauptamtliche Zahnärzte	Nur nebenamtliche Zahnärzte	Gemischtes System
A (23)	16	14	1	—
B (22)	11	9	1	1
C (38)	11	5	4	1
D (99)	21	4	7	—

(Nach „Mitteil. d. Deutsch. Städtetages“ 1921.)

Nach Glaubitt[1]) waren 1922 an den Schulen in Preußen 2459 Schulärzte tätig. Ihnen standen 263 hauptamtliche Schulschwestern zur Seite. Eine planmäßige Schulzahnpflege fand in 211 preußischen Orten statt.

„Die Entwicklung des Schularztwesens entfaltete sich“, wie Stephani dargelegt hat, „anfangs durchweg im Rahmen der kommunalen Gesundheitspflege. Später haben Württemberg und Oldenburg die Materie gesetzlich geregelt und die schulärztlichen Untersuchungen für alle Schulen vorgeschrieben. In Sachsen-Meiningen und in Baden wurde der schulärztliche Dienst durch Ministerialverordnungen geordnet. In Baden ist der Schularzt gesetzlich verankert in dem Volksschulgesetz von 1911. Im Rahmen des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes gehört die Schularzttätigkeit nach § 4 zu den bedingten Aufgaben der Jugendämter. Die Bedeutung des schulärztlichen Dienstes ist aber in breitesten Volkskreisen schon so sehr als nützlich, ja als dringend notwendig anerkannt, daß selbst ein Nichtinkrafttreten dieses Paragraphen dem Weiterbestehen und der Weiterentwicklung keinen Abbruch tun wird.“

Die Dienstanweisung des Wiesbadener Schularztsystems erstreckte sich lediglich auf die ermittelnde Tätigkeit des Schularztes; man suchte durch die Statistik die Massenschädigungen, die der Schulbetrieb verursachte, festzustellen. Der gegenwärtige schulärztliche Dienst besteht, nach Stephani, 1. in der ermittelnden Tätigkeit, 2. in der beratenden und belehrenden Tätigkeit und 3. in der fürsorgenden Tätigkeit.

Der Schularzt hat sich mit der Art des Schulbetriebs sowie mit der körperlichen und geistigen Beschaffenheit der Schulkinder zu befassen; wenn er aber seinen hohen Aufgaben ganz gerecht werden will, so muß er sich, nach Möglichkeit, mit den gesamten sozialhygienischen Verhältnissen, in denen die von ihm betreuten Schulkinder leben, beschäftigen. Der Hamburger Schularzt M. Fürst äußerte sich hierzu folgendermaßen:

„... Durch meine Unterhaltung mit den Kindern suche ich festzustellen: 1. wer von ihnen durch gewerbliche Arbeit Geld verdient, und zwar wieviel, welche Arbeit vorliegt, von welcher Dauer und von welcher Art diese ist, und wie das verdiente Geld verwendet wird; 2. in welcher Art die Kinder ihre Bücher und Schulutensilien mit in die Schule bringen; 3. welche Kinder ein Bett für sich allein zur Benutzung haben, eventuell mit wem sie das Bett oder Lager zu teilen haben; 4. ob und was sie gefrühstückt haben; 5. ob sie eine Zahnbürste besitzen, und wie sie diese benutzen; 6. bei Mädchen, ob sie ein Korsett tragen.“

Der Tätigkeit der Schulärzte kann ein hinreichender Erfolg nur dann beschieden sein, wenn sie in enger Gemeinschaftsarbeit mit der Lehrerschaft erfolgt. Die Lehrer sind von den Ärzten über hygienische Fragen zu unterrichten. Der hygienische Unterricht der Schulkinder liegt am besten in den Händen der Lehrer; nur über sexuelle Fragen und die Verhütung der Geschlechtskrankheiten muß der Arzt selbst die hierfür in Betracht kommenden Kinder belehren. Eine äußerst segensreiche Maßnahme ist die Elternsprechstunde; alle Eltern, die irgendeine Sorge hinsichtlich der Gesundheit ihrer schulpflichtigen Kinder haben, können hier den Schularzt kostenlos um Rat fragen. Die schulärztliche Arbeit muß auch in enger Fühlung mit der Tuberkulose-, Psychopathen- und Krüppelfürsorge[2]) stehen. Sie muß sich auch mit der Berufsberatung befassen; hierbei müssen sich die Schulärzte mit anderen geeigneten Persönlichkeiten, Volkswirtschaftlern, Handwerkern und Vertretern sonstiger Berufe vereinigen.

Mit Recht wird, insbesondere von Stephani z. B. auf der 1920 veranstalteten Badischen Landesschulkonferenz[3]), gefordert, daß die schulärztliche Aufsicht auch auf die höheren Schulen sowie auf die Gewerbe- und Handelsschulen ausgedehnt wird.

---

[1]) Glaubitt: „Das Gesundheitswesen des preußischen Staates im Jahre 1922“, Klin. Wochenschrift 1924 Nr. 27.

[2]) Siehe die Abschnitte „Tuberkulose“, „Nerven- u. Geisteskrankheiten“ und „Krüppelwesen“.

[3]) Siehe Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1920 Nr. 6 S. 191.

Wie für die Behandlung der Kranken die Pflege seitens der Krankenschwester von hohem Wert ist, so ist neben der Wirksamkeit des Fürsorgearztes die Tätigkeit der Fürsorgeschwester hoch zu veranschlagen; dies gilt namentlich auch für die Schulschwester. Denn sie ist besonders dazu geeignet, die hygienische Gleichgültigkeit, die vielfach in den untersten Volkskreisen herrscht, zu bekämpfen und auf die Bevölkerung im gesundheitlichen Sinne erzieherisch einzuwirken; ihr schenkt man häufig bereitwilliger als dem Arzt Gehör und Vertrauen, sie findet den Weg in die Familien und weiß zugunsten der Schulkinder für Reinlichkeit in mannigfacher Hinsicht, nicht zuletzt auch für Säuberung[1]) von Ungeziefer am Körper der Schulkinder, zu sorgen.

Daß der Schularzt nicht behandeln soll, wurde schon betont. Aber für die ärztliche Behandlung der als behandlungsbedürftig festgestellten Schulkinder muß doch gesorgt werden. Der Tafel 73 ist zwar zu entnehmen, daß es in über 90% der Krankheitsfälle, die zum Tode geführt haben, den Kindern im schulpflichtigen Alter an ärztlicher Behandlung nicht gefehlt hat; jedoch bei den weniger schweren, aber langdauernden Erkrankungen der Schulkinder wird der Familienvater, der, wenn er selbst leidend ist, auf die Krankenkasse angewiesen ist, die Kosten der Behandlung aus eigenen Mitteln nicht tragen können. Darum ist die schon in dem Abschnitt „Säuglinge“ geforderte Familienhilfe[2]) als Pflichtleistung der Krankenkassen so bald als möglich durch die Gesetzgebung einzuführen. An manchen Orten hat man in Schulpolikliniken kostenlose Behandlung dargeboten. Aber diese Polikliniken wurden, nach Angabe von Stephani, sehr schwach besucht, da in weiten Kreisen des deutschen Volkes der ärztliche Rat als wenig wertvoll betrachtet wird, wenn nicht eine entsprechende Gegenleistung, entweder auf Kosten der Krankenkassen oder der Eltern selbst, verlangt wird. Es sind hierbei allerdings zwei Tatsachen zu erwähnen. Zunächst muß darauf hingewiesen werden, daß die Zahnbehandlung der Schulkinder kostenlos gewährt und dennoch oder vielmehr wohl gerade deswegen sehr stark in Anspruch genommen wird. Von der zahnärztlichen Untersuchung, die anfangs allein durchgeführt wurde, hat man längst, insbesondere auf Betreiben von Jessen[3]), den Weg zur kostenlosen Zahnbehandlung der Schulkinder eingeschlagen. Ferner ist zu bemerken, daß im Auslande, z. B. in Luzern[4]), die Schulpoliklinik sich eines beträchtlichen Besuches erfreut; im Berichtsjahre 1922/23 wurden 169 Sprechstunden abgehalten, in denen durchschnittlich 22,3 Kranke behandelt wurden. Man braucht die Poliklinik nicht für die beste

---

[1]) Den Erfolg der Schulschwestertätigkeit erkennt man aus folgenden Angaben von Gastpar (auf der obenerwähnten Ausstellung für Gesundheitspflege in Stuttgart): Im Jahre 1909 waren in Stuttgart noch 24%, im Jahre 1912 dagegen nur 5% der Schulkinder mit Ungeziefer behaftet.

[2]) Siehe Stephani: „Schularztwesen und Familienversicherung“, Öffentl. Gesundheitspfl. 1917 S. 31 ff. A. Fischer: „Die Familienversicherung in Baden“, Sozialhyg. Abhandlungen Nr. 2, Karlsruhe i. B. 1920. Bemerkt sei noch, daß in den Kantonen Genf, Waadt u. a. m. die Krankenversicherung auf alle Elementarschüler zwangsweise ausgedehnt ist. (Siehe Veröff. d. Reichsgesundheitsamtes 1921 S. 132 u. 614.)

[3]) Jessen: „Die Notwendigkeit zahnärztlicher Schulung für den praktischen Arzt und seine Einführung in die moderne Zahnheilkunde“, Würzburger Abhandl. a. d. Geb. d. prakt. Medizin Bd. 2 Heft 12, Würzburg 1902.

[4]) Siehe „Bericht über die Schuljahre 1921/22 und 1922/23“, herausg. von der Verwaltungsabteilung des Schulwesens der Stadt Luzern, Luzern 1923. Vgl. A. Fischer: „Die Luzerner Schulpoliklinik“, Med. Reform 1909 Nr. 32. E. Schlesinger: „Die Behandlung der in der Schule krank befundenen Kinder durch den Schularzt. — Eine Schulpoliklinik“, Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1910 S. 595 ff. Teleky: „Ketzerische Betrachtungen zur Schularztfrage“, Wien. med. Wochenschr. 1913 Nr. 22.

Lösung der Frage anzusehen, aber die poliklinische Behandlung ist doch nun einmal unzweifelhaft besser als gar keine Behandlung.

Um die Gesundheit der Schulkinder zu erhalten und zu stärken, wurden mannigfache Maßnahmen getroffen. Zunächst ist hier die Schulspeisung anzuführen. Diese Einrichtung stammt aus Frankreich; in England wurde sie 1906 gesetzlich angeordnet. In Deutschland waren die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder in den letzten Jahrzehnten vor dem Weltkriege infolge der stark verbreiteten außerhäuslichen Frauenerwerbsarbeit und der durch die Nahrungsmittelzölle verteuerten Lebensweise vielfach, besonders in den Industriestädten, sehr mißlich, was namentlich von Kaup dargelegt wurde. So wurden die Schulspeisungen auch bei uns dringend erforderlich. Um ihre Einführung hat sich vor allem Helene Simon große Verdienste erworben. Im Jahre 1911 hatten, nach Angabe von H. Selter, 186 deutsche Städte Schulspeisungen in irgendeiner Form eingerichtet und dafür insgesamt 600000 ℳ verausgabt, während in London allein im Jahre 1909 für Schulspeisungen 1240000 ℳ aufgewendet wurden. Als dann der Krieg kam, war, wie Oschmann darlegt, das Schulkinderspeisewesen nach der hygienischen und ärztlichen Seite sehr unterschiedlich und zum großen Teil unzulänglich vorbereitet. Die Quäkerspeisungen, die 1921 begannen, fanden daher nur eine ungenügende Grundlage vor. Wertvoll war es, daß gemäß den Wünschen der Quäker die Auswahl der Schulkinder, die an den Speisungen teilnahmen, auf Grund ärztlicher Prüfung erfolgte. Nach Angabe von Clara Henriques wurden 1922 mit Hilfe der Quäker in 1700 deutschen Gemeinden insgesamt 115,5 Millionen Mahlzeiten verteilt. Dies entspricht einer Speisung von durchschnittlich 400000 Teilnehmern, von denen 90% Schulkinder waren. Im 1. Vierteljahr 1923 stieg die Zahl der Teilnehmer auf 550000. Deutsche Geldmittel deckten seit Oktober 1921 etwa die Hälfte der Ausgaben.

Außer den Schulspeisungen sind als besonders wertvolle Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge die Spielnachmittage[1]), der Schwimmunterricht[2]), die Waldschulen, die Wanderungen[3]), die Ferienkolonien und die sogleich zu schildernden, großzügig gestalteten Stätten, die der Erholungsfürsorge dienen, zu nennen. Der Raum läßt eine eingehendere Übersicht, wie alle diese Einrichtungen wirken, nicht zu. Nur über die Waldschulen und die Stätten der Erholungsfürsorge sei hier noch einiges mitgeteilt.

Die erste deutsche Waldschule wurde 1904 in Charlottenburg[4]) geschaffen. Die dort gewonnenen Erfahrungen waren so günstig, daß viele deutsche und ausländische Städte diesem Vorbilde folgten. Statt einer längeren Beschreibung der Einrichtung[5]) und des Betriebes[5]) bieten wir durch unsere Abbildungen 54, 55 und 56 einen Einblick in die Wirksamkeit einer Waldschule; die Ansichten stammen aus Dortmund, wo diese Einrichtung seit 1908 besteht. Einer mir soeben zugegangenen Mitteilung entnehme ich, daß die Erfolge in Dortmund nach schulärztlichem Urteil fortlaufend als gut bezeichnet werden. Über die Waldschule in Rostock berichtet v. Brunn 1923 u. a. folgendes:

---

[1]) Siehe S. 193 u. 196.

[2]) Vgl. S. 170 ff.

[3]) Siehe S. 187 sowie Literatur S. 197 Ziffer 15.

[4]) Siehe Neufert: „Die Charlottenburger Waldschule“, Jahrb. f. Volks- u. Jugendspiele 1905 S. 70 ff.

[5]) Siehe Arnold Hirtz: „Waldschulen und Erholungsstätten für Stadtkinder“, München-Gladbach 1912.



Abb. 54. Waldschule Dortmund: Unterrichtsplatz im Walde.



Abb. 55. Waldschule Dortmund: Ruhestunde; rechts vorn Speiseraum, dahinter Unterrichtsräume.



Abb. 56. Waldschule Dortmund: Luftbad.

„In den Jahren 1920, 1921 und 1922 sind insgesamt fast genau 1000 Rostocker Kinder auf je 6 Wochen in die Waldschule geschickt worden; von ihnen sind 859 Kinder, darunter 381 Knaben und 478 Mädchen, vor und nach der Kur schulärztlich genau untersucht, gemessen und gewogen worden .... Bei den Knaben, die durchschnittlich vorher 24,39 kg und nachher 25,26 kg wogen, mehrte sich das Gewicht um 1,05 kg; bei den Mädchen, die vorher 25,44 kg und nachher 26,57 kg wogen, sogar um 1,13 kg. Die Länge betrug bei den Knaben vorher 125,94 cm, nachher 127,38 cm; beide Geschlechter gewannen gleichmäßig 1,44 cm in 6 Wochen ... Am wesentlichsten ist aber der Einfluß der Waldschule auf den Zustand der Blutarmut ... Von den 381 Knaben waren vorher stark blutarm 133, von ihnen nachher geheilt 39, gebessert 53, ungeheilt 41; gering blutarm 106, von ihnen nachher geheilt 67, ungeheilt 39. Von den 478 Mädchen vorher stark blutarm 167, davon nachher geheilt 41, gebessert 79, ungeheilt 47; gering blutarm 175, davon geheilt 110, ungeheilt 65 ... Vergleiche zwischen den Ergebnissen der Waldschule mit denjenigen verschiedener Kinderheime an See und Wald, die ebenfalls mit Rostocker Kindern beschickt worden waren, fielen durchaus zugunsten der Waldschule aus insofern, als die Erfolge einer vierwöchigen Kur in einem Kinderheim denen einer sechswöchigen Waldschulkur nicht überlegen waren, teilweise nachstanden, und zwar in jeder Beziehung."

Während die Waldschule schwächlichen Kindern einen geeigneten Unterricht und zugleich Erholung bieten soll, sucht man mit anderen Einrichtungen, ohne

Rücksicht auf den schulmäßigen Unterricht, Körper und Seele der Schulkinder gesundheitlich zu fördern. Die in den Abschnitten „Nahrungswesen“ und „Wohnungswesen“ geschilderte Entwicklung während der letzten Jahrzehnte vor dem Weltkriege hat verursacht, daß insbesondere für die in den Groß- und Industriestädten lebenden Kinder eine ausgiebige Erholungsfürsorge notwendig wurde; während und nach dem Weltkriege wurde dies Bedürfnis noch dringender. Man wandte drei Arten von Maßnahmen der Erholungsfürsorge an. Erstens brachte man die Kinder auf dem Lande bei geeigneten Familien unter; aber hierbei hatte man keine Gewähr dafür, daß das jeweilige Kind zu der richtigen Pflegefamilie kam. Bei der zweiten Form des Erholungsaufenthaltes sendet man die Kinder in sogenannte Ferienkolonien, wie sie schon 1868 von Walter Bion in Zürich eingeführt wurden; hierbei erhalten die Kinder in begrenzter Zahl (etwa 50) unter Leitung eines Lehrers in einem ländlichen Gasthaus Wohnung und Verpflegung. Nach dem Weltkriege wurden dann schließlich, entsprechend der weit verbreiteten Entkräftung unter der Schuljugend, Groß-Heime (zuerst auf dem früheren Truppenübungsplatz Heuberg, dann auf der Wegscheide, in Wollershof, in Marienruhe, auf Rügen und Helgoland) geschaffen.

Nach einem Bericht von K. Behm, dem leitenden Arzt der Kindererholungsfürsorge Heuberg, fanden 20000 Kinder dort in den Jahren 1920 und 1921 Kräftigung. „Allein in dieser großen Zahl liegt schon die sozialhygienische Bedeutung des Heubergs, und doch würde man fehlgehen, allein in der Tatsache der Erholung einer so großen Zahl von Kindern und Jugendlichen die einzige sozialhygienische Auswirkung der Kinderstadt zu sehen.“ Es wird in der Tat den Kindern auf dem Heuberg über die Erholung hinaus eine vortreffliche gesundheitliche Erziehung zuteil. Behm faßte die neben der körperlichen Förderung sich ergebenden Vorteile folgendermaßen zusammen:

„1. Die Erziehung zum Körpergefühl. Das Kind bekommt ein neues Verhältnis zu seinem Körper, indem es lernt, ihn natürlich zu beobachten, nicht in der ängstlichen Übertreibung Kranker, die zu ihrer Ängstlichkeit nur dadurch gekommen, daß die Krankheit sie erst auf das Vorhandensein ihres Körpers gewissermaßen aufmerksam macht. 2. Erziehung zur Selbst-Tätigkeit bezüglich der körperlichen Gesundung und Erstarkung. Der Arzt ist nicht der schreckliche Mann mit dem weißen Kittel und der Zahnzange, sondern der freundliche Berater, der am ganzen Leben teilnimmt, auch beim Reigentanzen. Der Arzt gibt die Richtlinien an für das gesundheitliche Leben, aber das einzig Ausschlaggebende muß jeder Mensch für seinen Körper selbst tun. 3. Hinführung zur natürlich-kindlichen Lebensfreude. Welcher Familienkreis lebt heute nicht unter der ständigen Sorge um die wirtschaftlichen Nöte. Man sieht es den bleichen, müden Gesichtern der heraufkommenden Kinder an, wie sie zu Hause weiter nichts hören, als die Erörterung der Gegenwartsnöte.“

Die großen Erfolge, die durch einen Kuraufenthalt in der Kinderheilstätte Heuberg erzielt wurden, haben Gastpar[1]) und Stephani[2]) zahlenmäßig, soweit dies möglich ist, festgestellt. Über den günstigen Einfluß des Aufenthaltes auf der Wegscheide, den viele tausend Kinder aus Frankfurt a. M. genossen haben, wurde von Fischer-Defoy berichtet.

Literatur: *1.* ***Bachauer:*** *„Der Rohrersche Index als Kriterium für die Auswahl zur Amerikaspeisung“, Münch. med. Wochenschr. 1920 Nr. 5. — 2.* ***K. Behm:*** *„Die sozialhygienische Bedeutung der Kinderstadt Heuberg“, Sozialhyg. Mitteil. 1922 Heft 3. — 3.* ***Betke:*** *„Die Lehren der Quäkerspeisung“, Beilage zur Hyg. Rundschau vom 15. Aug. u. 1. Sept. 1921. — 4.* ***v. Brunn:*** *„Von der künftigen Entwicklung in der Gesundheitsfürsorge und über die Rolle der Waldschulen dabei“, Zeitschr. f. Gesundheitsfürsorge u. Schulgesundheitspfl. 1923 Nr. 11. — 5.* ***Hermann Cohn:*** *„Über die Notwendigkeit der Einführung von Schulärzten“, Leipzig 1886. — 6.* ***v. Drigalski:*** *a) „Schulgesundheitspfl.,*

[1]) Siehe „Der Heuberg“ vom 15. Januar 1922.
[2]) Siehe „Der Heuberg“ vom 1. September 1924.

ihre Organisation und Durchführung", Berlin 1912; b) „*Die krankhaften Störungen des Schulkindes*", Abh. i. Handb. d. deutsch. Schulhygiene, herausg. v. H. Selter, Dresden 1914; c) „*Deutsche Jugendnot. I. Die körperlichen Schäden und ihre Heilung*", Bericht über die 42. Versamml. d. Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspfl., Braunschweig 1922; c) „*Fortschritte und Zeitfragen auf schulärztlichem Gebiet*", Ärztl. Vereinsbl. vom 9. III. u. 9. IV. 1922; dazu die Entgegnung von **G. Pölchau** u. die Antwort **v. Drigalskis** ebenda vom 9. VI. 1922. — 7. **Fischer-Defoy**: „*Neue Wege der Erholungsfürsorge*", Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1921 Nr. 11 u. 12. — 8. **J. P. Frank**: „*System einer vollständigen medicinischen Polizey*" Bd. 2, Mannheim 1780. — 9. **M. Fürst**: „*Schulgesundheitspflege*", Art. i. Handw. d. Kommunalw. Bd. 3, Jena 1923. — 10. **A. Gastpar**: a) „*Schulpflichtige Jugend*", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1911; b) „*Der Schularzt und die Fürsorge für das schulpflichtige Alter*", Abhandl. i. Sozialärztl. Praktik., herausg. von Gottstein u. Tugendreich, 2. Aufl., Berlin 1921; c) „*Landaufenthalt und Erholungsheime vom gesundheitlichen Standpunkte*", Bericht über den v. Deutsch. Ver. f. öff. u. priv. Fürsorge 1923 veranst. Kurs, Pädagog. Magazin Heft 970, Langensalza 1924. — 11. **A. Geissler** u. **R. Uhlitsch**: „*Die Größenverhältnisse der Schulkinder im Schulinspektionsbezirk Freiberg*", Zeitschr. d. Sächs. Stat. Bureaus Jahrg. 36, Dresden 1888. — 12. **H. Graupner**: „*Spezieller Teil der Unterrichtshygiene*", Abhandl. i. Handb. d. deutschen Schulhygiene, herausg. von H. Selter, Berlin 1914. — 13. **Clara Henriques**: „*Amerikanisch-deutsche Kinderspeisung*", Soz. Praxis 1923 Nr. 31. – 14. **J. Kaup**: „*Die Ernährungsverhältnisse der Volksschulkinder*", Flugschr. d. Zentralstelle f. Volkswohlfahrt Heft 4, Berlin 1910. — 15. **H. Kossel** u. **J. Moses**: „*Geteilte oder ungeteilte Unterrichtszeit?*", Sozialhyg. Abhandl. Nr. 6, Karlsruhe 1923. — 16. **Oschmann**: „*Die Schulkinderspeisung als soziale und hygienische Einrichtung*", Bericht über d. v. Deutsch. Ver. f. öff. u. priv. Fürsorge 1923 veranstalt. Kurs, Pädagog. Magazin Heft 970, Langensalza 1924. — 17. **Pölchau**: „*Die Häufigkeit der Lungentuberkulose im schulpflichtigen Alter*", Deutsch. med. Wochenschr. vom 9. Nov. 1923. — 18. **R. Schultz**: „*Schule und Infektionskrankheiten*", Jahrb. f. Kinderheilk. 3. Folge Bd. 17 Heft 1, Berlin 1908. — 19. **H. Selter**: „*Der Stand der Schulhygiene*", Dresden 1911. — 20. **Helene Simon**: a) „*Schule und Brot*", Hamburg 1907; b) „*Schülerspeisungen*", Soz. Praxis 1923 Nr. 5. — 21. **Stephani**: a) „*Die Fürsorge für das schulpflichtige Alter*", Abhandl. i. Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspfl. i. Deutsch. Reich, herausg. von Möllers, Berlin 1923; b) „*Schulärztlicher Dienst*", Bericht über d. v. Deutsch. Ver. f. öff. u. priv. Fürsorge 1923 veranstalt. Kurs, Pädagog. Magazin Heft 970, Langensalza 1924. — 22. **G. Tugendreich**: „*Einige Lehren der Quäkerspeisung*", Deutsch. med. Wochenschr. 1921 Nr. 52. — 23. **A. Vieth**: „*Die Kindererwerbsarbeit in Halle a. S. auf Grund einer Erhebung vom Sept. 1921*", Soz. Praxis 1923 Nr. 7 u. 8.

5. Jugendliche, einschl. der Gestellungspflichtigen.

a) Eigenart und Zahl.

Mit dem Ende des schulpflichtigen Alters entscheidet es sich, ob der junge Mensch in das Erwerbsleben eintreten muß oder sich noch einige Zeit auf höheren Schulen für seinen künftigen Beruf vorbereiten darf. Die große Masse der schulentlassenen Kinder ist infolge der wirtschaftlichen Lage der Eltern gezwungen, unmittelbar, nachdem der Schulpflicht genügt worden ist, einen Beruf zu ergreifen; es besteht jedoch nach vollendetem 14. Lebensjahr noch die gesetzliche Pflicht, die Fortbildungsschule zu besuchen, und zwar im allgemeinen bis zum 18. Lebensjahr. Dadurch ist die Klasse der Jugendlichen dem Alter nach einigermaßen gekennzeichnet. Die deutsche Arbeiterschutzgesetzgebung hat für die minderjährigen Erwerbstätigen besondere Vorschriften geschaffen; hierbei wurden bei der Altersklasse von 14 bis 21 Jahren mehrere Gruppen unterschieden. Der frühere badische Gewerbeaufsichtsbeamte Bittmann hat die Klasse von 13 bis 14 Jahren Kinder, von 14 bis 16 Jahren junge Leute, von 16 bis 18 Jahren heranwachsende Arbeiter und von 18 bis 21 Jahren herangewachsene Arbeiter genannt.

In der sozialhygienischen Literatur, die sich seit den letzten Jahren vor dem Weltkrieg, um Verabsäumtes nachzuholen, eifrig mit den Jugendlichen befaßt hat, bezeichnet man gewöhnlich mit diesem Namen die männlichen und weiblichen Personen von 14 bis 18 Jahren, wenngleich sich die amtlichen Statistiken in der Regel bis auf das 20. Lebensjahr erstrecken. Da jedoch die zahlenmäßigen Angaben, die über die Gesundheitsver-

hältnisse der Jugendlichen unterrichten, teils aus Untersuchungen in den Fortbildungs-, Gewerbe- und Handelsschulen, teils aus den militärärztlichen Musterungen der Gestellungspflichtigen[1]) stammen, so erörtern wir hier die hygienischen Zustände der Jugendlichen im Zusammenhang mit den bei Gestellungspflichtigen gewonnenen Ergebnissen.

Der biologische Unterschied in der Eigenart der Jugendlichen gegenüber dem schulpflichtigen Alter, in welchem vor allem das Längenwachstum erfolgt, besteht darin, daß in dieser Zeit der Brustkorb erheblich breiter wird, die inneren Organe, Herz und Lunge, sich stärker entfalten, die Fortpflanzungswerkzeuge sich zur Reife entwickeln und das Geist- und Gemütsleben für alle Eindrücke empfänglich und leicht beeinflußbar sind. Hygienisch ist diese Altersklasse namentlich dadurch gekennzeichnet, daß in dieser Zeit des körperlichen Wachstums und der seelischen Entwicklung, wo eine gesundheitsgemäße Lebensweise besonders notwendig ist, bei den erwerbstätigen Jugendlichen sich sowohl die schädlichen Einflüsse des ergriffenen Berufs wie auch die ungünstige wirtschaftliche Lage der Eltern geltend machen, wozu bei vielen erwerbstätigen Jugendlichen die Sucht kommt, den Lohn für Alkohol, für Tabak sowie für die Sinne reizende Schriften und Schauvorstellungen zu vergeuden, was dann oft zu vorzeitigen geschlechtlichen Ausschweifungen führt. Aber es ist auch darauf hinzuweisen, daß gerade unter den Jugendlichen, welche auf Grund der elterlichen Wohlhabenheit die höheren Schulen besuchen, Ausschweifungen der eben genannten Art stark verbreitet sind; auch hier zeigt sich wieder, daß der Reichtum durchaus nicht immer eine gesundheitsgemäße Lebensweise verbürgt, sondern oft genug zu hygienischen Mißständen Anlaß gibt.

In der Hauptsache befassen wir uns jedoch hier mit den erwerbstätigen Jugendlichen, da diese die große Masse darstellen und ihre gesundheitlichen Verhältnisse, soweit dies möglich ist, statistisch einigermaßen erforscht sind.

Daß die Zahl der Jugendlichen insgesamt während der Zeit von 1910 bis 1919 im Deutschen Reich zugenommen hat, läßt sich der Tafel 61 entnehmen. (Siehe hierzu die Bemerkungen auf S. 269.) Über die Ziffer der erwerbstätigen Jugendlichen, mit Unterscheidung nach der Versicherungspflicht, boten bereits die Tafeln 29 und 30 (S. 81 und 82) Angaben dar. Die Tafel 81 enthält nun noch eine Übersicht darüber, in welchem Umfange die einzelnen Altersgruppen der Jugendlichen, getrennt nach dem Geschlecht, an der Erwerbsarbeit 1907 beteiligt waren.

Tafel 81.

Die erwerbstätigen*) Jugendlichen nach Altersgruppen und Geschlecht 1895 und 1907.

Geschlecht	Wirkliche Zahlen						Auf 100 von der Gesamtbevölkerung der jeweiligen Altersgruppe kamen Erwerbstätige					
	14—16 Jahre		16—18 Jahre		18—20 Jahre		14–16 Jahre		16–18 Jahre		18–20 Jahre	
	1895	1907	1895	1907	1895	1907	1895	1907	1895	1907	1895	1907
männlich	762452	915878	908989	1056823	940989	1081021	72,1	76,6	87,0	88,7	91,4	93,0
weiblich	369271	553104	488172	637280	510274	664038	35,0	44,4	46,1	56,3	48,4	56,6

*) Ohne die Dienstboten.

(Nach Stat. d. Deutsch. Reichs Bd. 211.)

[1]) Bis zum Versailler Frieden wurde jeder Deutsche mit dem 1. Januar des Jahres, in welchem er das 20. Lebensjahr vollendete, militärpflichtig.

Aus der Tafel 81 ist zu ersehen, daß in allen Altersgruppen der Anteil der Erwerbstätigen 1907 größer als 1895 war, und daß mit zunehmendem Alter ein immer umfangreicherer Teil der jugendlichen Bevölkerung Lohnarbeit verrichtet. Unter den Jünglingen von 18 bis 20 Jahren waren 1907 bereits 93 % gezwungen, ihr Brot zu verdienen. Die erwerbstätigen Jungfrauen stehen an Zahl erheblich hinter den Jünglingen; hierbei ist jedoch zu bemerken, daß in der Tafel 81 die Dienstboten, die, nach Tafel 82, bei dem männlichen Geschlecht eine sehr geringe, bei dem weiblichen aber eine sehr wesentliche Rolle spielen, nicht berücksichtigt worden sind.

Die Tafel 82 unterrichtet darüber, wie sich die Jugendlichen, getrennt nach Altersgruppen und dem Geschlecht, auf die einzelnen Berufsarten verteilen.

Tafel 82.

Die erwerbstätigen Jugendlichen der einzelnen Berufsabteilungen nach Altersgruppen und Geschlecht 1895 und 1907.

Berufsabteilung	Berufszählungsjahr	Wirkliche Zahlen						Auf 100 erwerbstätige Jugendliche der jeweiligen Altersgruppe kamen auf die nebenstehende Berufsabteilung					
		14—16 Jahre		16—18 Jahre		18—20 Jahre		14—16 Jahre		16—18 Jahre		18—20 Jahre	
		männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Landwirtschaft	1895	319504	232733	324823	268757	307039	260055	41,79	44,72	35,64	39,19	32,54	36,40
	1907	333756	332917	319806	344931	288751	315533	36,40	46,71	30,22	39,54	26,67	36,41
Industrie	1895	369191	97364	478896	155748	495644	173473	48,29	18,71	52,54	22,71	52,53	24,28
	1907	485096	153181	600263	226559	615856	231275	52,90	21,49	56,72	25,97	56,89	26,69
Handel und Verkehr	1895	54781	23785	78939	45381	87368	54148	7,17	4,57	8,66	6,62	9,26	7,58
	1907	75934	41601	106661	70602	119624	80480	8,28	5,84	10,08	8,09	11,05	9,29
Lohnarbeit wechselnder Art, persönl. Dienste	1895	5984	14011	6972	14355	7866	14352	0,78	2,69	0,77	2,10	0,83	2,01
	1907	3851	21416	5110	22514	6363	22184	0,42	3,00	0,48	2,58	0,59	2,56
Armee und Kriegsflotte	1895	224	—	2071	—	21396	—	0,03	—	0,23	—	2,27	—
	1907	2	—	1986	—	26368	—	0,00	—	0,19	—	2,44	—
Sonstiger öffentl. Dienst und freie Berufe	1895	12768	1378	17288	3931	21676	8246	1,66	0,26	1,90	0,57	2,30	1,15
	1907	17239	3989	22997	8674	24059	14566	1,88	0,56	2,17	1,00	2,22	1,68
Dienstboten	1895	2115	151173	2371	197545	2521	204225	0,28	29,05	0,26	28,81	0,27	28,58
	1907	1090	159691	1492	199102	1593	202553	0,12	22,40	0,14	22,82	0,14	23,37
Zusammen	1895	764567	520444	911360	685717	943510	714499	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	1907	916968	712795	1058315	872382	1082614	866591	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(Nach Stat. d. Deutsch. Reichs Bd. 211 berechnet.)

Übereinstimmend mit unseren allgemeinen Angaben über die wirtschaftliche Entwicklung in Deutschland (siehe S. 73) zeigt die Tafel 82 u. a., daß 1907 in der Industrie weit mehr, in der Landwirtschaft dagegen weit weniger männliche Jugendliche tätig waren als 1895; bei dem weiblichen Geschlecht ist in dieser Hinsicht keine große Veränderung erfolgt. Beachtenswert ist auch, daß sowohl 1895 wie 1907 bei den männlichen Jugendlichen die Zahl der Erwerbstätigen in der Landwirtschaft von Altersklasse zu Altersklasse ständig stark ab-, in der Industrie und im Handel dagegen erheblich zugenommen hat.

b) Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die Gesundheit.

α) Allgemeines.

Soweit die Jugendlichen während ihrer Lehrlingszeit bei den Eltern leben, treffen für sie häufig die Mißstände zu, die wir allgemein in den Abschnitten „Nahrungswesen“ und „Wohnungswesen“ geschildert haben. Als der Industrialismus noch nicht so weit wie gegenwärtig ausgedehnt war, wohnten die Lehrlinge gewöhnlich bei ihrem Meister; jedoch, die Kammern, die damals den jungen Menschen zugewiesen wurden, waren in der Regel unzulänglich, ja sie sprachen vielfach allen gesundheitlichen Forderungen Hohn. Seitdem sich die Großbetriebe (siehe Tafel 25) so stark vermehrt haben, ist die außerberufliche Verbindung der Lehrlinge mit ihrem Arbeitgeber zumeist gelöst; die jugendlichen Arbeiter benutzen, wenn sie fern von den Eltern untergebracht sind, jetzt Schlafstellen; da sie für deren Miete nur wenig aufwenden können, sind diese „Zimmer“ oft schlecht gehalten, was die jungen, ungebundenen Leute dazu veranlaßt, in ihren freien Stunden Wirtschaften und Tanzlokale aufzusuchen. So wenig wie für eine ordentliche Wohnung, so wenig sind für eine kräftige, der Zeit des Wachstums entsprechende Nahrung die erforderlichen Geldmittel vorhanden. Auch hieraus entsteht das Verlangen, sich das Mahl durch alkoholische Getränke zu würzen und sich dem Tabakgenuß hinzugeben.

Amtliche Mitteilungen über die wirtschaftlichen Einflüsse auf die hygienischen Verhältnisse der Jugendlichen findet man in den Jahresberichten der Gewerbeaufsichtsbeamten. Besonders bemerkenswert ist der Jahresbericht[1]) des sächsischen Gewerbeaufsichtsamtes für das Jahr 1921, der sich eingehend mit den Gesundheitszuständen der Jugendlichen befaßt und namentlich die traurigen Einflüsse der Kriegs- und Nachkriegszeit schildert. Hiervon sei folgendes angeführt:

„In der Kreishauptmannschaft Bautzen sind Jugendliche aus landwirtschaftlichen Betrieben wieder zurückgekommen, weil sie der Arbeit nicht gewachsen waren. Der Bezirksarzt von Löbau stellte unter den Jugendlichen 35% minderwertige Mädchen und 20% minderwertige Knaben fest. Der Bezirksarzt von Kamenz, also eines fast ländlichen Bezirkes, erklärte, daß der Gesundheitszustand der Jugend keineswegs günstig wäre. In der Kreishauptmannschaft Chemnitz liegen die Verhältnisse ähnlich .... In der Stadt Dresden konnten 7% der Knaben und 43% der Mädchen infolge Schwächlichkeit keine gewerbliche Arbeit übernehmen. In der Kreishauptmannschaft Leipzig war eine beachtliche Zahl solcher Fälle .... Eine ungenügende körperliche Entwicklung war, hauptsächlich infolge der Unterernährung während des Krieges, an den die Volksschule verlassenden und in die Berufsarbeit übergehenden Kindern in einer beachtlichen, wenn auch nicht beängstigenden Anzahl von Fällen zu beobachten. So mußte z. B. in Leipzig von den für die Berufswahl untersuchten 7341 Schulkindern bei 73 Knaben und 45 Mädchen (zusammen 1,6%) wegen ihrer körperlichen Beschaffenheit der gewählte Beruf als ungeeignet bezeichnet werden ....“

Daß die Gesundheitszustände der Jugendlichen jedoch nicht nur durch die wirtschaftlichen Verhältnisse, sondern auch durch Mängel der Bildung und Sittlichkeit stark beeinträchtigt werden, ist ebenfalls dem genannten Bericht des sächsischen Gewerbeaufsichtsamtes zu entnehmen. Hier wird die leichte Lebensauffassung der minderjährigen Personen beiderlei Geschlechts folgendermaßen geschildert:

„Den Eltern mangelt es vielfach an Energie, um sich für Kost und Wohnung eine der Zeit angemessene Geldentschädigung geben zu lassen, so daß oft vom Verdienst des Vaters außer den jüngeren Kindern auch die älteren mit unterhalten werden. Sowohl von Arbeitgebern als auch von Betriebsratsvorsitzenden war zu hören, daß sich das Rauchen von Zigaretten, selbst der teuersten, bei den minderjährigen Burschen zu einer Krankheit herausgebildet hätte. Auch über starken

[1]) Siehe „Jahresberichte der Gewerbe-Aufsichtsbeamten und Bergbehörden für das Jahr 1921“, Bd. II, Berlin 1922.

Alkoholgenuß dieser Personen wurde vielfach geklagt, während die minderjährigen Mädchen einen großen Teil ihres Verdienstes in Leckereien anlegten ..... Es gehört nicht zu den Seltenheiten, daß man Jugendliche sieht, die in der einen Hand das Frühstück und in der anderen Hand die brennende Zigarette halten."

Seitdem M. Winter in Wien [1909] die Fortbildungsschüler untersucht hat, und man diesem Vorbild in deutschen Städten (zuerst Gettkant in Schöneberg [1911], ferner in Bremerhaven [1911], dann u. a. Ascher in Hamm, Kaup sowie seine Mitarbeiter in München und Gastpar in Stuttgart) gefolgt ist, besitzen wir brauchbare Zahlenangaben über den Körperbau und den Ernährungsstand der Lehrlinge. Zugleich wurde auch über die festgestellten Erkrankungen berichtet. Diese Ergebnisse konnten mit den Ziffern der Krankenkassenstatistik in Zusammenhang gebracht werden. Dazu kamen noch die Angaben über die Krankheitsursachen, die zur Militäruntauglichkeit, zur Invalidität und zum Tode geführt haben. So gewann man ein Bild von den Gesundheitsverhältnissen der Jugendlichen, wenngleich naturgemäß nicht alle wichtigen Tatsachen statistisch zu erfassen sind.

Man hat nun die Jugendlichen nach Berufen gegliedert und die erwähnten zahlenmäßigen Ergebnisse dazu benutzt, um Schlüsse auf die hygienischen Einflüsse der jeweiligen Berufstätigkeit zu ziehen. Es wurde jedoch, insbesondere auch von Prinzing[1]), darauf hingewiesen, daß während der Lehrlingszeit bezw. bis zur militärärztlichen Musterung die Zeit zu kurz sei, als daß die Berufsarbeit schon einen nachhaltigen Einfluß auf die körperliche Entwicklung ausüben könnte. Des weiteren wurde betont und z. B. auch von G. Simon zugegeben, daß im allgemeinen jeder Lehrling von selbst ganz richtig nach seiner körperlichen Anlage seinen Beruf[2]) wählt, so daß also die Berufe, bei denen viele Jugendliche mit einer schlechten körperlichen Entfaltung festgestellt wurden, durchaus nicht besonders gesundheitsgefährlich zu sein brauchen, wofern diesen Berufen sich erfahrungsgemäß häufig schwächliche Leute zuwenden. Schließlich wurde auch, namentlich von dem erfahrenen Militärarzt Schjerning, angeführt, daß in höherem Maße als der Beruf die soziale Umwelt der Eltern entscheidend für die Entwicklung der Jugendlichen ist. Dazu kommt, daß die elterlichen Verhältnisse zumeist auch maßgebend bei der Berufswahl sind. Alle diese Hinweise sind für die Beurteilung der statistischen Angaben, mit denen wir uns nun zu befassen haben, wohl zu beachten.

β) Soziale Einflüsse auf die körperliche Entwicklung.

Über die körperliche Entwicklung der Jugendlichen liegen jetzt bereits viele Arbeiten vor; aber die hierbei angewandten Methoden stimmen nicht immer so gut überein, daß man die jeweiligen Ergebnisse miteinander vergleichen kann. Jede einzelne Untersuchung erstreckt sich überdies auf einen verhältnismäßig geringen Personenkreis, so daß feinere Gliederungen, die einen hinreichenden Einblick in die Gesundheitszustände ermöglichen würden, nicht durchführbar sind. Obwohl wir die zweckdienlichsten unter den vorhandenen

---

[1]) Siehe Literatur S. 17 Ziffer 9 a.

[2]) Bei einer im Winter 1921/22 von mir gemeinsam mit dem Facharzt für Orthopädie Pertz durchgeführten Untersuchung von etwa 2000 Schülern der Gewerbeschulen in Karlsruhe und Durlach hatten wir den Eindruck, daß fast ausnahmslos der dem körperlichen Zustande entsprechende Beruf richtig gewählt worden ist. Da jedoch die Schüler nicht gezwungen waren, sich untersuchen zu lassen, wurden nicht alle in Betracht kommenden Lehrlinge erfaßt, so daß die Ergebnisse nur mit Vorsicht zu verwerten sind.

Zahlenreihen hier ausgewählt haben, so ist doch aus den angeführten Gründen große Vorsicht bei Schlüssen erforderlich.

Zunächst sei in der Tafel 83 eine Statistik, die ebenso wie die Zahlenangaben für die Tafel 90 mir handschriftlich gütigst übermittelt wurde, wiedergegeben; sie befaßt sich mit dem Gewicht und der Körpergröße von Gewerbeschülern und -schülerinnen in Stuttgart 1922. Die Untersuchten wurden hierbei in Berufsgruppen gegliedert; die Anzahl betrug bei der Gruppe Schlosser 635, Feinmechaniker 259, Zahntechniker 13, Bautechniker 210, Buchbinder 299, Bäcker 32, Schneider 95, Friseure 34, Bildhauer 22, Gärtner 34, Schneiderinnen und Putzmacherinnen 310. Gastpar, der eine unserer Tafel 83 ähnliche Statistik bereits 1918 veröffentlicht hat, weist selbst darauf hin, daß die „Zahlen noch etwas zu klein sind, um sichere Schlüsse ziehen zu können". Immerhin gewährt die Tafel 83 eine Vorstellung von dem Gewichts- und Längenwachstum in den einzelnen Lebenshalbjahren und von der hierbei offenbar vorhandenen Verschiedenartigkeit der Geschlechter und der Berufsgruppen. Über den Ernährungszustand belehrt uns die Tafel 90.

Tafel 83

Gewicht und Körpergröße von Gewerbeschülern und -schülerinnen in Stuttgart 1922. (Durchschnittszahlen.)

Alter	Schlosser, Flaschner usw.		Feinmechaniker, Optiker usw.		Zahntechniker		Bautechniker und Schreiner		Buchbinder, Schuhmacher, Maler		Bäcker	
	Gewicht	Länge	Gewicht	Länge	Gewicht	Länge	Gewicht	Länge	Gewicht	Länge	Gewicht	Länge
14–14½ Jahre	38,9	148	39,3	148	29,5	137	39,5	148	37,4	148	41,9	147
14½–15 „	43,2	158	42,0	151	41,3	153	43,8	151	41,0	149	43,7	151
15–15½ „	45,3	155	42,9	153	—	—	43,2	152	41,9	152	45,3	152
15½–16 „	48,2	149,5	47,3	158	49,3	154	45,4	156	44,1	154	45,1	153
16–16½ „	49,7	158	48,8	161	50,7	163	49,8	160	44,6	153	41,3	153
16½–17 „	50,0	160	55,8	167	54,8	164	52,3	160	48,8	157	—	—
17–17½ „	54,0	163	48,0	164	—	—	57,5	160	—	—	59,5	167
17½–18 „	57,4	167	59,0	177	—	—	40,0	145	—	—	—	—
18–18½ „	57,9	165	51,1	163	—	—	—	—	—	—	—	—
18½–19 „	60,3	167	47,3	158	—	—	—	—	41,5	147	—	—

Alter	Schneider		Friseure		Bildhauer		Gärtner		Schneiderinnen, Putzmacherinnen	
	Gewicht	Länge	Gewicht	Länge	Gewicht	Länge	Gewicht	Länge	Gewicht	Länge
14–14½ Jahre	38,0	146	38,6	144	34,7	143	37,5	143	44,7	152
14½–15 „	45,0	154	44,8	152	32,0	138	46,3	158	45,5	153
15–15½ „	40,9	150	41,4	149	40,9	150	45,4	154	46,9	157
15½–16 „	44,3	153	38,0	148	40,4	153	45,0	157	47,5	155
16–16½ „	46,0	156	47,5	159	—	—	48,4	155	48,5	155
16½–17 „	51,0	158	41,3	152	—	—	—	—	49,4	155
17–17½ „	—	—	—	—	—	—	47,0	161	50,8	156
17½–18 „	—	—	—	—	—	—	—	—	51,5	157
18–18½ „	—	—	—	—	—	—	—	—	48,9	157
18½–19 „	—	—	—	—	—	—	—	—	53,6	157

(Nach handschriftlichen Angaben von Gastpar.)

Nun ist u. a. gegenüber den Angaben der Tafel 83 zu bemerken, daß es sich hier um Durchschnittszahlen handelt, ohne daß man über den Umfang der Abweichungen unterrichtet wird (siehe S. 276) Dazu kommt, daß vorläufig keine zuverlässige Formel vorhanden ist, um Gewichtsziffern und Längenzahlen in brauchbarer Weise miteinander zu verbinden.

Auf mannigfaltige Arten suchte man zu einer Formel für die Körperbeschaffenheit zu gelangen. Der Hygieniker Erismann[1]) hat in seiner 1889 veröffentlichten Schrift den mittleren Brustumfang mit der halben Körperlänge in Zusammenhang gebracht und für die einzelnen Gruppen berechnet, um wieviel Zentimeter der Brustumfang die halbe Körpergröße über- oder unterschreitet. J. Kaup hat für seine bei 9000 Münchener Lehrlingen 1913 durchgeführten Untersuchungen den Erismann-Index benutzt. Für die Gesamtheit der untersuchten Lehrlinge und für einzelne Berufsarten hat er festgestellt, um wieviel Zentimeter von Jahr zu Jahr Körpergröße und Brustumfang (in der Atempause) wachsen; er vergleicht nun die Jahreszuwächse, die er bei den einzelnen Berufsarten gefunden hat, mit den für die Gesamtheit geltenden Ergebnissen und bietet Zahlen dar, die unsere Tafel 84 enthält.

Tafel 84.

Jahreszuwächse an Körpergröße und Brustumfang bei Münchener Lehrlingen 1913.

a = Körpergröße, b = Brustumfang in der Atempause.

Im Alter von	Gesamtheit		Schneider		Bäcker		Kaufleute		Maschinenbauer		Schlosser		Metzger		Schmiede	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
14-15 Jahren	4,03	2,75	6,33	3,28	3,7	3,6	6,18	3,20	6,7	4,0	4,4	0,6	8,5	7,1	6,3	6,0
15-16 „	5,83	3,46	4,65	2,45	5,8	2,6	6,73	2,39	2,9	2,5	7,1	6,1	—	1,8	0,5	1,8
16-17 „	4,0	2,51	2,77	2,58	2,1	2,3	3,79	2,65	5,7	3,1	3,6	1,8	6,0	1,0	10,0	2,4
Summe . .	13,86	8,72	13,75	8,31	11,6	8,5	16,70	8,24	15,3	9,6	15,1	8,5	14,5	9,9	16,8	10,2
b von a	63 %		58 %		73 %		50 %		63 %		56 %		68 %		61 %	

(Nach J. Kaup.)

Zu den Ziffern, die aus der Tafel 84 zu ersehen sind, äußert sich Kaup folgendermaßen:

„Aus den Summen der Jahreszuwächse an Körpergröße und Brustumfang innerhalb der drei für die Körper- und Konstitutionsentwicklung so wichtigen Lebensjahre vom 14. bis 17. ergibt sich eine Einsicht in die Unterschiede bei den einzelnen Berufsgruppen. An Körperlänge haben innerhalb der drei Jahre die Bäcker mit 11,6 cm am wenigsten, die jungen Kaufleute und Schmiede mit 16,7 bezw. 16,8 cm am meisten zugenommen. In der Breitenentwicklung stehen ebenfalls die Schmiede mit 10,2 cm Zuwachs an Brustumfang an erster Stelle, dann folgen die Metzger mit 9,9, die Maschinenbauer mit 9,6 cm usw., während die jungen Kaufleute mit 8,24 cm am wenigsten an Breite zugenommen haben; aber auch die Schneider mit 8,31 cm und die Schlosser mit 8,5 cm zeigen einen großen Abstand. Bei den jungen Kaufleuten sind die beiden Extreme — größtes Längenwachstum und geringste Breitenentwicklung — vereinigt. Bei den Schmieden hingegen finden wir stärkstes Wachstum nach Länge und Breite kombiniert. Das Wachstum nach Länge und Breite ist offenbar bei den einzelnen Berufsgruppen verschieden. Das Verhältnis der Längen- und Breitenentwicklung innerhalb der ein-

[1]) Erismann: „Untersuchung über die körperliche Entwicklung der Fabrikarbeiter in Zentral-Rußland", Tübingen 1889. (Siehe auch Arch. f. soziale Gesetzgeb. 1888 Jahrg. I.)

zelnen Berufsgruppen ist aus dem Prozentverhältnis beider Maße gut zu erkennen. Bei den Kaufleuten beträgt die Zunahme des Brustumfanges nur 50% des Längenwachstums, bei den Bäckern hingegen 73, bei den Metzgern 68%. Das sind große Unterschiede. Die Zahl der Individuen in den einzelnen Berufsgruppen ist groß genug, um individuelle Abweichungen vom Entwicklungsrhythmus in der Pubertätszeit auszugleichen ... Die Verschiedenheiten des Körperzuwachses an Länge und Breite von Beruf zu Beruf können nur vor allem auf den in der Art der Berufstätigkeit liegenden funktionellen Wachstumsreiz zurückgeführt werden."

Zur Ergänzung der von Kaup und Gastpar dargebotenen Angaben, die sich nur bezw. fast nur auf männliche Jugendliche erstrecken, seien die Mitteilungen der Charlottenburger Schulärztin Ilse Szagunn, die junge Mädchen aus Fortbildungsschulen einer- und aus höheren Anstalten andererseits untersucht hat, angeführt. Die von Szagunn gewonnenen Ergebnisse enthält unsere Tafel 85.

Tafel 85.

Länge und Gewicht von jungen Mädchen in Charlottenburg 1918—1923 bezw. 1922/23.

Alter der Mädchen in Jahren	Schülerinnen der Mädchenfortbildungsschule in den Jahren 1918—23			Schülerinnen der Lyzeen und Studienanstalten im Winterhalbjahr 1922/23		
	Zahl der Untersuchten	Länge cm (Durchschnittszahlen)	Gewicht kg (Durchschnittszahlen)	Zahl der Untersuchten	Länge cm (Durchschnittszahlen)	Gewicht kg (Durchschnittszahlen)
14—15	928	153	45,6	277	156,7	48,3
15—16	318	154,6	47,7	280	157,5	51,6
16—17	167	156,2	50,5	194	160,0	53,5
17—18	150	156,3	51,6	71	162,4	55,9

(Nach Ilse Szagunn.)

Szagunn äußert sich zu den Zahlen der Tafel 85 folgendermaßen:

„Aus der Gesamtübersicht der in den Jahren 1918—1923 untersuchten Schülerinnen müssen ferner als besonders bedenklich hervorgehoben werden die relativ niedrigen Längen- und Gewichtszahlen der älteren Fortbildungsschülerinnen, insbesondere der 16—18jährigen. Vergleicht man hiermit das an den Charlottenburger Lyzeen und Studienanstalten gewonnene Material, so zeigen sich für die Fortbildungsschule ganz besonders ungünstige Verhältnisse. Es ist daher die Frage aufzuwerfen, inwieweit diese ungünstigen Gewichts- und Längenverhältnisse der Fortbildungsschülerinnen etwa auf die frühe Berufsausübung zurückzuführen sind, denen der während des Entwicklungsalters und in den unmittelbar folgenden Jahren besonders so empfindliche weibliche Organismus nicht gewachsen ist, ob Überanstrengung im Beruf bei unzureichender Ernährung und auch sonst schlechten hygienischen Verhältnissen oder besondere Berufsschädigungen hierbei eine Rolle spielen, des weiteren, ob sich daraus dauernde Herabminderung der Berufsleistung, erhöhte Morbidität, vielleicht sogar Schädigungen der generativen Tätigkeit der Frau ergeben. Alle diese Fragen bedürfen der sorgfältigsten Beachtung."

Wenden wir uns nunmehr, um einen tieferen Einblick in die Gesundheitsverhältnisse der Jugendlichen zu erhalten, den Ergebnissen der Militärtauglichkeitsstatistik zu. Hierbei ist jedoch mancherlei vorauszuschicken. Diese Statistik ist nur mit größter Vorsicht zu benutzen, da die Militärtauglichkeit kein fester und einheitlicher Begriff ist. Ob ein Gestellungspflichtiger als militärtauglich bezeichnet wird, hängt allein von dem Ermessen der jeweiligen Ersatzbehörde ab. Diese Behörden haben je nach Ort, Zeit und sonstigen besonderen Umständen sehr unterschiedliche Ansichten. In Gegenden mit hoher Bevölkerungszahl wird ein anderer Maßstab angelegt als in wenig bevölkerten Ge-

bieten. Während des Weltkrieges hat sich mancher Deutsche als durchaus kriegstüchtig erwiesen, der im Frieden sicher als militäruntauglich bezeichnet worden wäre. Trotzdem der Begriff „Militärtauglich“ recht schwankend ist, haben doch die Parteipolitiker die Ergebnisse der Musterungen für ihre Kämpfe benutzt und dadurch die vorliegenden Fragen verwirrt. Schließlich wurde aus der Rekrutenstatistik noch eine Abnahme der Militärtauglichkeit und mithin ein Beweis für die fortschreitende körperliche Entartung des deutschen Volkes herausgelesen. An der Hand der Zahlenangaben, die wir nunmehr bieten, wird zu prüfen sein, in welchem Umfange die Militärtauglichkeitsstatistik für die Gesundheitswissenschaft verwendbar ist und was aus ihren Ziffern ersehen werden kann. Leider können wir uns hierbei nur auf amtliche Angaben, die aus der Zeit vor dem Weltkrieg stammen, stützen.

Im Jahre 1872 wurden 48,9% aller Gestellungspflichtigen für tauglich erklärt, im Jahre 1893 dagegen 57,2%. Dann sank die Ziffer von Jahr zu Jahr; sie belief sich 1902 auf 56,75% und 1910 sogar nur noch auf 53,0%. Der beträchtliche Aufstieg im Jahre 1893 ist jedoch nicht etwa darauf zurückzuführen, daß plötzlich die Militärtauglichkeit sich erheblich gebessert hat, sondern darauf, daß die Friedensziffer des deutschen Heeres besonders stark vermehrt wurde; der jährliche Ersatzbedarf betrug durchschnittlich in der Zeit von 1890 bis 1892 nur 202000, von 1893 an aber 268000 Mann. Gelegentlich dieser Heereserweiterung wurde das Mindestmaß von 157 auf 154 cm herabgesetzt; damit war jedoch eine Verminderung der Ansprüche an den Gesundheitszustand im allgemeinen keineswegs verbunden. Trotzdem wurde vielfach, namentlich von Kaup und W. Claaßen, behauptet, die Anforderungen an die Militärtauglichkeit seien herabgesetzt worden, und es wurde geäußert, daß man, weil die die Militärtauglichkeit betreffenden Verhältniszahlen von Jahr zu Jahr sinken, die Ansprüche noch weiter wird verringern müssen, wenn es nicht gelingt, die Entartungserscheinungen zu bekämpfen. Diese Urteile, die keineswegs hinreichend begründet worden sind, wurden durch die Ergebnisse[1]) des Jahres 1913 (siehe Tafel 86) widerlegt. Im Jahre 1913 wurde die Friedensstärke des deutschen Heeres wiederum um 60000 Mann vermehrt. Das deutsche Volk hat nicht nur diese vergrößerte Anzahl von kriegstüchtigen Leuten zu stellen vermocht, es blieben noch, wie der preuß. Kriegsminister v. Falkenhayn im Reichstage[2]) mitgeteilt hat, 38000 vollständig taugliche Mannschaften, für die man keinen Bedarf mehr hatte, übrig. Und daß man bei der Heeresvermehrung im Jahre 1913 die Ansprüche an die Tauglichkeit nicht herabgesetzt hat, läßt sich daran erkennen, daß, wie der Kriegsminister darlegte, bis Ende Januar 1914 von den im Herbst 1913 eingestellten Rekruten nur 4% wegen körperlicher Fehler, die sich erst innerhalb der Dienstzeit herausgestellt haben, entlassen wurden, während die entsprechende Zahl 1912 sich auf 4,5% belief.

Die auf die Ergebnisse der Rekrutenstatistik gestützten Ansichten, daß Zeichen für eine fortschreitende Entartung vorliegen, sind mithin als irrig zu bezeichnen; es muß aber doch davor gewarnt werden, aus der vergrößerten Zahl der Tauglichen auf eine Verbesserung der hygienischen Zustände in den Reihen der Jugendlichen zu schließen; hierfür bieten die sich bei dem Heeresergänzungsgeschäft zeigenden Tatsachen keine genügende Grundlage.

---

[1]) Siehe Anlagen zu d. Stenogr. Berichten, Verhandl. d. Reichstages Bd. 315, Berlin 1914/18.

[2]) Siehe Verhandl. d. Reichstages 13. Legislaturper. 1. Session Bd. 294, Sitzung vom 5. Mai 1914.

Aber manche Angaben der Rekrutenstatistik lassen sich, bei entsprechender Vorsicht, für die Kenntnis der sozialen Einflüsse auf die gesundheitlichen Zustände der Jugendlichen in gewissem Umfange verwenden. Hierüber soll, nach Maßgabe des verfügbaren Raumes, jetzt berichtet werden.

Früher wurde behauptet, daß die Landgemeinden für den Heeresersatz weit wertvoller sind als die Städte, und es wurde gefolgert, daß man im Hinblick auf die Wehrfähigkeit des Volkes die Landflucht verhüten und die weitere Ausdehnung der Industrie hemmen muß. Hierfür sind namentlich der Nationalökonom Sering[1]) und die Ärzte Röse, Alsberg, Claaßen eingetreten, während u. a. der Nationalökonom Brentano sowie die Militärärzte v. Vogel, Schjerning, Schwiening einen so großen Vorzug der ländlichen Gemeinden und der landwirtschaftlichen Berufe als Rekrutenquelle nicht anerkannten. Prüfen wir nun an der Hand der Zahlenreihen die Einflüsse, welche Großstadtbildung, Industrialismus und sonstige soziale Verhältnisse auf die Militärtauglichkeit ausgeübt haben.

Bei einer amtlichen Erhebung[2]), die sich auf die Mannschaften des Jahres 1906 erstreckte, wurde festgestellt, daß sich die Gemeinden je nach ihrer Größenklasse hinsichtlich ihrer verhältnismäßigen Ergiebigkeit bei dem Heeresersatz stark unterscheiden. Wird das der Bevölkerungsziffer entsprechende „Soll" gleich 100 gesetzt, so betrug das dem tatsächlichen Anteil am Heeresersatz entsprechende „Ist" bei den Landgemeinden 114, den Landstädten 91, den Kleinstädten 86, den Mittelstädten 83 und den Großstädten 65. Wenn man auch den methodischen Fehler der Erhebung von 1906 berücksichtigt, so darf man doch im Hinblick auf die großen Unterschiede bei den gewonnenen Zahlen Schlüsse ziehen. Und wenn man auch, wie in der vom Preuß. Stat. Landesamt herausgegebenen „Korrespondenz" vom 20. Februar 1909 dargelegt wird, bedenken muß, daß der Wert der Großstädte in der wirklichen (nicht in der verhältnismäßigen) Vermehrung des Mannschaftsbestandes liegt, so wird man doch erkennen, daß in den Städten und namentlich in den Großstädten gesundheitliche Mißstände, welche die Militärtauglichkeit stark beeinträchtigen, obwalten.

Betrachten wir nun die in unserer Tafel 86 enthaltenen Zahlen, welche sich auf alle Gestellungspflichtigen, gegliedert nach Herkunft und Beschäftigung, erstrecken.

Aus der Tafel 86 ersieht man, daß zwar die Unterschiede zwischen den Landgeborenen und den Stadtgeborenen bei weitem nicht so groß sind, wie man auf Grund der Erhebung von 1906 erwartet hat, daß aber die Stadtgeborenen, die nicht landwirtschaftlich beschäftigt sind, erheblich kleinere Ziffern darbieten.

An der Hand der bei der Erhebung von 1906 gewonnenen Ergebnisse sind nun noch zwei Fragen zu erörtern. Zunächst ist zu prüfen, aus welchen Berufsabteilungen die Mannschaften hervorgingen. Es zeigte sich, daß von den Soldaten des Jahres 1906 vor dem Eintritt in den Heeresdienst tätig waren: in der Landwirtschaft 25,21 %, im Bergbau, Industrie, Handel, häuslichen Diensten, freien Berufen usw. 72,23 %, in keinem Berufe (Schüler, Rentner usw.) 2,55 %. Man sieht, daß nur etwa ein Viertel der am 1. De-

---

[1]) Siehe Archiv des Deutschen Landwirtschaftsrats Bd. 26 (1902) u. Bd. 28 (1904), nach Angabe von Brentano.

[2]) Siehe „Die Herkunft der deutschen Unteroffiziere und Soldaten am 1. Dezember 1906", bearbeitet von Georg Evert, Zeitschr. d. Kgl. Preuß. Stat. Landesamts Ergänzungsheft 28, Berlin 1908. — Bei dieser Erhebung ist zu beachten, daß sie nicht alle Gestellungspflichtigen, sondern nur die dienenden Mannschaften umfaßt.

Tafel 86.

Die Gestellungspflichtigen nach Herkunft und Beschäftigung.

Von je 100 endgültig Abgefertigten waren tauglich:

Gruppen	Musterungsjahre				
	1902	1905	1907	1910	1913
I. Auf dem Lande geboren:					
a) in der Land- und Forstwirtschaft tätig	58,64	60,21	58,73	58,40	67,96
b) anderweitig tätig	58,40	58,53	57,48	55,14	65,78
II. In der Stadt geboren:					
a) in der Land- und Forstwirtschaft tätig	58,52	57,77	56,80	56,25	64,87
b) anderweitig tätig	53,52	51,34	49,87	47,87	59,76

(Zusammengestellt nach den alljährlich in den Reichstagsdrucksachen, Anlagen zu den Stenograph. Berichten, veröffentlichten Übersichten über die Ergebnisse des Heeresergänzungsgeschäftes.)

zember 1906 dienenden Mannschaften vor der Aushebung einen landwirtschaftlichen Beruf ausgeübt hatte. Aber hieraus läßt sich kein Schluß ziehen, wie die Berufsarbeit die Militärtauglichkeit beeinflußt. Sering schrieb: „Offenbar gibt eine Statistik des Berufs der Gestellungspflichtigen viel weniger Auskunft über die Wirkungen der Beschäftigung auf die körperliche Entwicklung als über die Bedeutung, welche umgekehrt die körperliche Beschaffenheit des jungen Mannes auf die Wahl seines Berufes ausübt." Auch sein Gegner Brentano hat diese Bemerkung für sehr richtig erklärt. Es ist in der Tat zu betonen, daß aus der allgemeinen Rekrutenstatistik[1]) (auf Besonderheiten kommen wir noch zurück) ein Einfluß des Berufs auf die Militärtauglichkeit nicht herausgelesen werden kann. Aber eine solche Einwirkung kann vorliegen, auch wenn sie statistisch nicht nachgewiesen ist. Daß sich Einflüsse der Berufsarbeit auf die Gesundheitsverhältnisse während der Lehrzeit bis zur militärischen Musterung geltend machen, ist unzweifelhaft. Aber es ist anzunehmen, daß die Berufsarbeit während der in Betracht kommenden Zeit nicht so stark einwirkt, wie die sozialen Umstände der Eltern, von denen die Jugendlichen stammen. Dies erkennt man aus den Zahlen, welche in der Tafel 87 enthalten sind.

Tafel 87.

Die deutschen Soldaten 1906 nach der sozialen Lage ihrer Eltern.

Auf 100 Teile des „Solls" kamen als Soldaten dienende Söhne von den

I. in der Landwirtschaft usw. beschäftigten Vätern
a) selbständigen: 180,32 | b) unselbständigen: 73,79,

II. anderweitig beschäftigten Vätern
a) selbständigen: 138,93 | b) unselbständigen: 72,63.

(Nach Zeitschr. d. Kgl. Preuß. Stat. Landesamts Ergänzungsheft 28, Berlin 1908.)

[1]) Es sei hier erwähnt, daß, nach A. Meßmer, bei der Bevölkerung des Frankenlandes die Tauglichkeitsziffern der nicht landwirtschaftlich Tätigen und nicht von landwirtschaftlich tätigen Eltern stammenden etwas höher waren als die Zahlen der übrigen Gestellungspflichtigen. „Die gewerbliche Betätigung der Bevölkerung in der Haus- und Fabrikindustrie kann die Ergebnisse des Militärersatzgeschäftes nur günstig beeinflußt haben."

Die Tafel 87 lehrt, daß der hinsichtlich der Militärtauglichkeit sich zeigende Unterschied zwischen den Söhnen der unselbständigen landwirtschaftlich tätigen und der unselbständigen anderweitig beschäftigten Väter sehr gering, dagegen zwischen den von Selbständigen und den von Unselbständigen Stammenden, ganz unabhängig von der sonstigen Art der väterlichen Berufsarbeit, sehr groß ist. Durch diese Angaben[1]) wurde die Frage, welchen Einfluß die sozialen Verhältnisse auf die Militärtauglichkeit ausüben, wesentlich geklärt. Hierauf hat A. Fischer bereits 1909 nachdrücklich hingewiesen. Seiner Ansicht ist der Düsseldorfer Militärarzt und Dozent für Militärsanitätswesen E. Graf 1912 beigetreten; und V. Noack hat 1915 an der Hand der österreichischen Tauglichkeitsstatistik in etlichen Bezirken „Beziehungen der von A. Fischer beschriebenen Art" festgestellt und „eine geradezu überraschende Parallelbewegung der Zahlen der Selbständigen und der der Assentierten" dargetan. Auch Schwiening hat 1913 betont: „daß die gesamte Lebensführung, d. h. Wohnung, Ernährung u. a. m., auf die Militärtauglichkeit von Einfluß sein wird, leuchtet ohne weiteres ein." Der badische Militärarzt Ed. Weber hat bereits 1857 geäußert, daß die Wohlhabenheit und die allgemeine Lebensweise auf die Militärtauglichkeit merkbar einwirken, und daß durch ungünstige (wirtschaftliche) Verhältnisse (der Eltern) die Vorzüge der physischen Umwelt und der Berufsarbeit ausgeglichen werden. Hingewiesen sei schließlich darauf, daß, nach Angabe von Schjerning, „die den besser situierten Kreisen entstammenden Einjährig-Freiwilligen recht bedeutend größer sind, als die übrigen Mannschaften" und besonders hohe Ziffern hinsichtlich der Militärtauglichkeit darbieten.

Nun ist noch darüber zu berichten, daß man nach einem zuverlässigen Maßstab für die Prüfung der Militärtauglichkeit gesucht hat. Der französische Militärarzt Pignet[2]) hat als „Kräftigkeitskoeffizienten" die Ziffer bezeichnet, die sich ergibt, wenn man von der Zahl der Körpergröße die Zahlen des Ausatmungs-Brustumfangs und des Körpergewichts abzieht. Der Pignetsche Index, dessen Brauchbarkeit Schwiening 1909 geprüft hat, wurde von dem Militärarzt G. Simon 1912 für eine auf 9980 badische[3]) Wehrpflichtige ausgedehnte Untersuchung benutzt. Simon hat nun, nach dem Vorbild von Schwiening und in Anlehnung an Pignet, 6 Klassen: positiver Index (+), besonders kräftig (A), kräftig (B), schwach (C), sehr schwach (D) und völlig dienstuntauglich (E) gebildet und untersucht, in welchem Umfange die einzelnen Berufsgruppen, denen die badischen Wehrpflichtigen angehören, an jeder dieser 6 Klassen beteiligt sind; seine Ergebnisse sind in unserer Tafel 88 enthalten.

---

[1]) Diese Angaben sind allerdings nicht ganz einwandfrei, weil manche unter den befragten Soldaten unrichtige Antworten gegeben haben dürften. Aber diese etwaigen Irrtümer können nicht die großen Unterschiede, die sich bei den Zahlen zwischen den Söhnen der Selbständigen und denen der Unselbständigen finden, verursacht haben.

[2]) Pignet: „Du coéfficient de Robusticité", Bulletin médical Nr. 33, 27. avril 1901. (Nach Angabe von Simon.)

[3]) Es sei hier bemerkt, daß bereits vor einigen Jahrzehnten eingehende Untersuchungen über die Körpermaße der Wehrpflichtigen Badens durchgeführt worden sind. Siehe: A. Ecker: „Zur Statistik der Körpergröße im Großh. Baden", Arch. f. Anthropol. 1877 Bd. 9 Heft 4. O. Ammon: a) „Anthropologische Untersuchungen der Wehrpflichtigen in Baden", Virchow-Holzendorfs Samml. gemeinverst. wissensch. Vorträge 1890 Heft 101; b) „Die natürliche Auslese beim Menschen", Jena 1893; c) „Die Körpergröße der Wehrpflichtigen im Großh. Baden in den Jahren 1840—1864", Beiträge z. Statist. des Großh. Baden, Karlsruhe 1894, N. F. Heft 5; d) „Zur Anthropologie der Badener", Jena 1899.

Tafel 88.

Die Berufsgruppen nach Militärtauglichkeitsklassen in Baden 1911.

Berufsgruppen	Zahl der Gestellungspflichtigen	Von 100 Gestellungspflichtigen*) kamen auf die Militärtauglichkeitsklasse					
		+ Positiver Index	A Besonders kräftig	B Kräftig	C Schwach	D Sehr schwach	E Völlig dienstuntauglich
I. Berufsgruppe							
1. Landwirte	2069	0,1	3,7	28,1	48,6	11,7	6,0
2. Knechte	638	0,5	3,0	26,8	45,4	14,7	5,2
V. Berufsgruppe							
3. Gold- u. Silberarbeiter .	347	0,3	3,8	20,9	47,6	16,4	8,9
4. Schlosser	391	0,2	4,8	31,7	46,8	10,2	5,6
5. Schmiede	158	0,6	7,6	40,5	40,5	9,5	1,3
VI. Berufsgruppe							
6. Mechaniker	175	0,6	2,3	26,8	46,9	13,1	9,7
IX. Berufsgruppe							
7. Textilarbeiter	146	0,7	2,7	21,9	50,7	16,5	7,5
XII. Berufsgruppe							
8. Schreiner	246	—	4,1	26,8	41,5	18,7	6,5
XIII. Berufsgruppe							
9. Bäcker	232	0,9	10,8	34,0	38,8	6,5	2,0
10. Metzger	131	0,8	13,7	40,4	39,7	4,6	—
11. Zigarrenmacher	376	0,3	4,5	26,1	49,2	14,6	3,7
XV. Berufsgruppe							
12. Friseure	105	—	0,9	15,2	40,9	27,6	12,4
XVI. Berufsgruppe							
13. Maurer	243	—	7,0	35,4	41,6	10,3	5,3
14. Zimmerer	119	—	10,9	21,1	50,4	10,0	6,7
15. Maler	158	0,6	1,3	29,7	45,6	12,0	8,9
XIX. Berufsgruppe							
16. Fabrikarbeiter	649	0,5	4,3	28,3	44,7	9,9	9,7
17. Arbeiter	229	—	3,9	27,7	41,5	16,6	12,7
XX. Berufsgruppe							
18. Kaufleute	550	1,1	1,1	16,6	39,6	22,5	18,2
XXIV. Berufsgruppe							
19. Häusl. Bedienstete . .	141	—	1,4	26,9	39,0	21,5	11,4
20. Taglöhner	545	0,2	6,6	30,8	42,9	11,0	6,8
XXVI. Berufsgruppe							
21. Seminaristen	138	—	1,5	28,2	38,4	17,4	13,8

*) Die im Original angeführte, der Zahl nach geringe Klasse „Min." ist hier nicht wiedergegeben worden.

(Nach G. Simon.)

Man entnimmt der Tafel 88 u. a., daß in der Klasse A die Schmiede und Metzger sehr hohe, die Kaufleute, Friseure, Seminaristen sehr niedere Ziffern aufweisen, während sich in der Klasse E das umgekehrte Verhältnis zeigt. Simon gelangte zu der Ansicht, „daß 6 Jahre in manchem Betrieb große schädigende Einflüsse auf einen wachsenden Körper ausüben können, ja ausüben müssen. Zwei gleich kräftige 14jährige Burschen von denen der eine Schneider, der andere Metzger wird, dürften bei der Musterung doch große Unterschiede zeigen". (So wichtig die Ergebnisse von Simon sind, so ist doch

hier zu bemerken, daß wohl selten von zwei körperlich gleichwertigen Burschen der eine Metzger und der andere Schneider wird; wenn beide kräftig sind, wird in der Regel keiner Schneider, und wenn sie schwach sind, keiner Metzger. Auch ist zu betonen, daß die von Simon angewandte Methode im allgemeinen nicht ganz einwandfrei ist, und daß die Zuverlässigkeit des Pignet'schen[1]) Indexes noch weiterer Bestätigungen bedarf.)

Im ganzen genommen lassen sich aus der Militärtauglichkeitsstatistik folgende Sätze herauslesen:

Die Militärtauglichkeitsstatistik bietet keinen Anhalt dafür, daß sich die Gesundheitsverhältnisse der Gestellungspflichtigen im allgemeinen während der letzten Jahrzehnte verschlechtert haben. Wohl aber ist anzunehmen, daß das Leben in den Großstädten ungünstig auf die Militärtauglichkeit einwirkt. Die soziale Lage der Väter übt auf die Militärtauglichkeit der Söhne einen starken Einfluß aus. Daß auch die Berufsarbeit vom Beginn der Lehrzeit bis zur militärärztlichen Musterung für die Körperbeschaffenheit der Gestellungspflichtigen von großer Bedeutung ist, kann nicht mehr zweifelhaft sein, obwohl schon die Wahl des Berufes von dem jeweiligen Gesundheitszustand des Lehrlings abhängig sein dürfte. Die Militärtauglichkeitsstatistik ist nicht zuverlässig genug, um eine fortschreitende Entartung feststellen zu können; soweit eine Verschlechterung der Militärtauglichkeit zu erkennen ist, wird diese Verminderung durch die sozialen Verhältnisse hinreichend erklärt.

γ) Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse.

Über die Krankheitsverhältnisse der Jugendlichen, mit Gliederung nach den Berufen, wird man durch das umfangreiche amtliche Werk[2]), das sich mit den Ergebnissen bei der Ortskrankenkasse Leipzig befaßt, unterrichtet. Man entnimmt der Tafel 92, deren Zahlen aus jenem Werk stammen, daß die 15 bis 19 Jahre alten Versicherten im allgemeinen viel häufigere Krankheitsfälle aufweisen, als die Arbeiter, die im Alter von 20 bis 24 oder von 25 bis 29 Jahren stehen. Es wäre zu erwarten, daß sich um so mehr Erkrankungen zeigen, je mehr Jahre hindurch die Erwerbsarbeit schädigend eingewirkt hat. In der Tat sind auch die Krankheitsziffern um so größer, je mehr die Versicherten das Alter von 30 Jahren überschritten haben. Aber trotzdem überwogen die Krankheitszahlen der Lehrlinge die der mittleren Altersklassen. Diese Tatsache ist auch aus den Angaben der ehemaligen Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute Berlins, die 100000 Mitglieder zählte, zu ersehen. Zugleich lehrt die Tafel 92, wie verschiedenartig sich die Krankheitsziffern der Jugendlichen je nach den Berufsgruppen gestalten; man erkennt sogleich, um wieviel mehr die Jugendlichen, die in der Stein- oder Metallindustrie tätig sind, erkranken als die, die in der Gärtnerei oder als Büro- oder Ladenpersonal beschäftigt sind.

Durch die planmäßigen Untersuchungen der Fortbildungsschüler hat man nicht nur einen Einblick in die Art ihrer körperlichen Entwicklung, sondern auch in ihre Krankheitsverhältnisse erhalten. Allerdings ist gegenüber den Ergebnissen dieser Untersuchungen

---

[1]) Siehe Meinshausen: „Weitere Beiträge zur Wertung des Pignet'schen Verfahrens", Arch. f. soz. Hyg. u. Demograph. 1912 Bd. VII Heft 3.

[2]) „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgegend", bearb. i. Kaiserl. Stat. Amt, Berlin 1910. (Vgl. unsere Tafeln auf S. 314/15.)

zu berücksichtigen, daß der Zahlenstoff jeweils verhältnismäßig gering war und daß die Untersucher in der Arbeitsweise nicht ganz übereinstimmten. Hierauf beruhen wohl zum großen Teil die nicht unbeträchtlichen Unterschiede, die sich bei den Angaben aus den einzelnen Städten finden. Es sei nun zunächst auf eine Statistik von Kaup, welche die Tafel 89 darbietet, hingewiesen.

Tafel 89.

Krankheiten der Münchener Fortbildungsschüler 1912.

Berufsarten	Zahl der Untersuchten	Auf je 100 Untersuchte kamen Krankheiten													
		Tuberkulose			Herz		Nervenstörungen	Augenleiden	Ohrleiden	Struma	Rachitis	Skelettveränderungen		
		Katarrhe	Infiltrationen	Drüsen	Vitium	Störungen						Skoliosen	Genu valgum varum	Pes planus
Maschinenbauer	589	1,7	10,3	—	2,5	5,3	13,7	32,2	7,8	49,2	21,2	9,3	3,1	31,4
Schlosser . . .	661	1,3	17,7	—	3,0	4,7	15,3	35,4	8,3	40,7	21,9	10,6	1,5	32,0
Kaufleute . . .	833	0,6	11,3	3,6	3,8	11,3	12,2	44,9	10,0	33,4	23,9	12,5	3,7	20,4
Schneider . . .	331	1,5	9,9	8,5	4,6	12,1	—	38,7	—	33,0	19,9	17,2	7,6	19,9
Bäcker	477	—	11,3	23,3	2,3	15,1	—	22,7	2,5	17,4	16,3	6,5	13,9	31,9
Metzger	175	—	2,3	—	—	1,7	—	—	—	20,5	14,8	—	—	10,9
Tapezierer . . .	152	—	12,5	—	—	9,9	—	—	—	35,5	—	26,1	—	18,4
Kellner	409	—	11,7	11,5	3,4	10,2	—	12,4	6,1	40,6	30,5	11,2	12,2	40,6
Ungelernte . .	334	0,3	10,2	6,6	3,0	16,8	—	41,9	21,2	44,0	28,8	11,7	5,1	17,4
Schmiede . . .	54	0,5	0,5	—	1,0	10,0	13,0	30,0	10,0	48,0	15,0	6,0	—	28,0
Gesamtheit .	4015	—	11,6	—	—	8,6	—	—	—	36,48	—	—	—	26,75

(Nach Kaup.)

Zu den Zahlen, die in der Tafel 89 enthalten sind, schreibt Kaup selbst, daß ihnen nur ein beschränkter Wert innewohnen kann, zumal die Unruhe und Hast bei diesen Massenuntersuchungen viel zu groß waren, als daß jedes Ergebnis den Anspruch auf Zuverlässigkeit erheben könnte. Es sei nun noch eine entsprechende, von Gastpar stammende Übersicht, die über die Krankheitsverhältnisse der Gewerbeschüler und -schülerinnen in Stuttgart unterrichtet, in unserer Tafel 90 geboten.

Vergleicht man die Angaben der Tafel 89 mit denen der Tafel 90, z. B. soweit sie sich auf die Bäcker oder Schneider erstrecken, so zeigen sich sehr wesentliche Unterschiede bei den Ergebnissen der beiden Untersuchungen; man muß daher bei Schlüssen sehr vorsichtig sein. Hingewiesen sei jedoch darauf, daß sowohl aus der Tafel 89 wie aus der Tafel 90 zu ersehen ist, wie verschiedenartig sich die Krankheitsverhältnisse bei den einzelnen Berufsgruppen gestalten; unzweifelhaft hat hierbei die Berufstätigkeit eine große Rolle gespielt, wenngleich auch andere Einflüsse sich geltend gemacht haben dürften. Beachtenswert ist in der Tafel 90, daß die Schneiderinnen namentlich bei Skoliose, Rachitis und Herzgeräuschen weit höhere Ziffern aufweisen als die Schneider.

Zur Ergänzung der in den Tafeln 89 und 90 enthaltenen Ziffern, die sich nur oder fast nur mit dem männlichen Geschlecht befassen, seien die Ergebnisse, zu denen Ilse Szagunn bei ihren schon erwähnten Untersuchungen von Charlottenburger Fortbildungsschülerinnen gelangt ist, angeführt. Sie schreibt:

„Bei 22,6% der Schülerinnen fand sich Blutarmut und davon abhängige Störungen, bei 2,6% Hautkrankheiten, bei 15,6% Haltungsanomalien, wozu noch 2,2% schwere seitliche Verkrümmungen der Wirbelsäule hinzukommen. Bei 7,3% der Schülerinnen wurden Herzfehler oder Störungen

Tafel 90.

Ernährungs- und Krankheitszustände bei Gewerbeschülern und -schülerinnen in Stuttgart 1922.

Auf 100 der jeweiligen Berufsgruppe:

Ernährungszustand und Krankheiten	Schlosser, Flaschner usw.	Feinmechaniker, Optiker usw.	Zahntechniker	Bautechniker, Schreiner usw.	Buchbinder, Schuhmacher, Maler usw.	Bäcker	Schneider	Friseure	Bildhauer	Gärtner	Schneiderinnen, Putzmacherinnen
Ernährungszustand gut	40,47	21,62	15,38	39,52	26,02	50,00	30,53	8,82	4,55	47,06	33,87
Ernährungszustand mittel	51,65	68,34	84,62	50,95	56,74	46,88	52,63	82,35	77,27	50,00	47,74
Ernährungszustand mager	7,88	10,04	—	9,53	17,24	3,12	16,84	8,82	18,18	2,94	18,39
Anämie	7,40	9,27	7,69	6,67	12,54	6,25	17,89	2,94	—	—	8,71
Rachitis	5,04	4,63	7,69	2,38	2,51	12,50	5,26	—	13,64	5,88	8,06
Skoliose	8,66	7,72	—	7,62	—	3,12	6,32	2,94	4,55	5,88	8,06
Hautleiden	1,26	1,93	—	2,38	1,88	—	—	—	9,09	—	3,87
Skabies u. Ungeziefer	0,16	—	—	0,48	—	12,50	—	—	—	—	0,65
Kropf	17,80	16,22	7,69	18,57	20,38	6,25	30,53	14,71	13,64	8,82	40,32
Adenoide Wucherungen	2,83	3,47	—	4,29	4,08	3,12	4,21	—	—	2,94	7,74
Drüsenschwellungen, nichttuberkulöse	2,68	0,39	—	3,33	4,70	—	3,16	—	—	—	7,74
Skrophulose	—	—	—	—	—	—	1,05	—	—	—	—
Drüsen-Tuberkulose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Knochen-Tuberkulose	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,32
Lungen-Tuberkulose	0,79	—	—	0,48	1,26	—	1,05	—	—	—	0,65
Lungenleiden, nichttuberkulöse	10,71	12,74	15,38	8,57	18,50	21,88	12,63	11,76	4,55	8,82	11,29
Herzleiden Geräusche	16,06	14,29	15,38	8,10	13,48	15,63	22,11	17,65	31,82	17,65	35,16
Herzleiden Fehler	0,47	1,54	—	10,48	1,26	—	3,16	—	—	—	0,65
Herabgesetzt. Gehör	5,20	4,25	—	5,24	3,13	3,12	5,26	—	9,09	—	3,55
Augenleiden Brechungsfehler	14,33	20,85	46,15	16,67	15,05	6,25	13,68	11,76	9,09	14,71	18,06
Augenleiden Erkrankungen	1,73	1,16	—	1,90	1,57	—	2,11	—	9,09	—	7,42
Nervenleiden	0,63	0,77	—	0,95	1,57	—	2,11	—	—	—	0,97
Erkrankungen der Knochen u. Gelenke	0,47	—	—	0,48	—	9,37	1,05	14,71	—	2,94	0,97
Plattfüße	0,47	—	—	—	—	—	1,05	—	—	—	0,32
Sonst. Krankheiten	2,20	2,70	—	0,48	1,26	—	1,05	—	—	—	2,26

(Nach Angaben von Gastpar berechnet.)

der Herztätigkeit festgestellt. Sehr hoch war die Zahl von Brechungsfehlern der Augen. Sie betrug 15,5%. Schwerhörigkeit und Ohrenlaufen fand sich in 1,9%. Die Augenfehler waren in den meisten Fällen nicht durch Brillen korrigiert. Die krankhaften Zustände, von denen hier die hauptsächlichsten erwähnt werden, sind den Schülerinnen sehr häufig unbekannt, selbst wenn sie dringend der Behandlung bedürfen. Oft lassen sich die Schülerinnen, selbst wenn sie durch die Kasse kostenlose Behandlung erhalten, aus Gleichgültigkeit, Zeitmangel oder anderen Gründen nicht behandeln."

Zu erwähnen ist hier noch, daß sich auch unter der akademischen Jugend viele befinden, bei denen eine schlechte körperliche Entwicklung, Unterernährung, Tuberkulose und Tuberkuloseverdacht festgestellt wurden. Daß diese Ergebnisse die Folge der wirtschaftlichen Notlage sind, läßt sich aus einem Bericht von Fr. Beschorner[1]), der die Zu-

[1]) Fr. Beschorner: „Die wirtschaftliche Erhebung unter den Studierenden der Universität Bonn und der Landwirtschaftlichen Hochschule Bonn-Poppelsdorf vom Dezember 1922", Deutsch. akad. Rundsch. 10. Sem. Folge Nr. 8 vom 25. Februar 1924.

stände bei den Bonner Studenten untersucht hat, ersehen. Von diesen Studenten nehmen 28,02 % die Mensa, 3,81 % Stipendien, 2,82 % Freitische in Anspruch, und bei den evang. Theologen lauten die entsprechenden Zahlen sogar 54,79 %, 16,44 % und 19,18 %, wobei noch zu berücksichtigen ist, daß ein nicht unbeträchtlicher Teil der Studenten in Bonn beheimatet ist und die kathol. Theologen größtenteils in ihren Internaten beköstigt werden. Aus ärztlichen Untersuchungen[1]), die in mehreren Universitätsstädten ausgeführt wurden, läßt sich erkennen, daß zurzeit etwa 2—3 % von allen deutschen Studenten tuberkulös sein dürften.

Auch die Statistik der Militäruntauglichkeitsursachen zeigt, wie die Gesundheitsverhältnisse der Jugendlichen durch die sozialen Zustände beeinflußt werden. Schwiening hat hierüber eine Übersicht, die wir in Tafel 91 wiedergeben, veröffentlicht.

Tafel 91.

Ursachen der Militäruntauglichkeit bei den Einjährig-Freiwilligen und den übrigen Wehrpflichtigen im Deutschen Reich 1904/06.

Von je 100 Abgefertigten waren untauglich zum aktiven Dienst:

Ursache	Zum einjährigen Dienst Berechtigte	Sonstige Militärpflichtige
Allgemeine Schwächlichkeit	12,8	19,0
Krankheiten des Herzens	5,1	2,8
Augenbrechungsfehler	3,6	2,2
Krankheiten der Lungen usw.	1,6	0,94
Fettleibigkeit	0,78	0,14
Kropf	0,54	0,29
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	0,47	0,43
Krankheiten des Nervensystems	0,36	0,16
Krankheiten der Verdauungsorgane	0,33	0,11
Narben	0,90	0,80
Verbiegungen der Wirbelsäule	0,49	0,31
Krankheiten der Gliedmaßen und Gelenke	1,9	3,0
Unterleibsbrüche	1,1	2,0
Krankheiten der Ohren	0,93	1,4
Plattfüße	0,91	2,4
Krampfadern	0,65	2,0
Verkrüppelungen und Mißbildungen	0,49	1,5
Blindheit	0,43	0,62
Andere Augenkrankheiten	0,25	0,50
Epilepsie	0,14	0,34
Schlechte Zähne	0,10	0,34
Geisteskrankheit und geistige Beschränktheit	0,09	0,66
Stottern	0,05	0,21

(Nach Schwiening.)

[1]) Siehe Weitz: „Über die ärztlichen Untersuchungen der Tübinger Studentenschaft", Deutsch. akad. Rundsch. 9. Sem. Folge Nr. 4. Ph. Kuhn u. R. Fetscher: „Über die Notwendigkeit der Gesundheitsüberwachung der deutschen Studentenschaft", Med. Klinik 1923 Nr. 21. Steinthal: „Bericht über die ärztlichen Untersuchungen in der Heidelberger Studentenschaft", Deutsch. akad. Rundsch. 10. Sem. Folge Nr. 3. L. Löffler: „Ärztliche Untersuchungen der Tübinger Studentenschaft", Klin. Wochenschr. 1924 Nr. 20. Kattendiedt: „Die Not der deutschen kranken Studenten", Deutsch. akad. Rundsch. 10. Sem. Folge Nr. 8.

Aus der Tafel 91 ersieht man, daß die zum einjährigen Dienst Berechtigten, die im allgemeinen wohlhabender als die sonstigen Militärpflichtigen waren und vorzugsweise zu den sogenannten Geistesarbeitern gehörten, in der Statistik der Krankheitsursachen, die zur Militäruntauglichkeit führten, höhere Ziffern, namentlich bei den Krankheiten der inneren Organe und den Augenfehlern aufweisen, was offenbar mit der Stuben- und Schreibtischtätigkeit zusammenhängt; dagegen zeigen die sonstigen (d. h. weniger bemittelten) Militärpflichtigen größere Zahlen bei der allgemeinen Schwächlichkeit sowie den Krankheiten, die auf eine zu starke Belastung des Körpers der Handarbeiter zurückzuführen sind, besonders bei Plattfuß und Krampfadern.

Einen Einblick in die Krankheitsverhältnisse der Jugendlichen gewährt ferner die Invaliditätsursachenstatistik. Die Jugendlichen selbst werden zwar hierbei noch nicht berücksichtigt, da nach dem Gesetz als Rentenempfänger nur die über 20 Jahre alten Versicherten in Betracht kommen. Aber aus den Invaliditätszahlen, die sich auf die Altersklasse von 20 bis 24 Jahren erstrecken, kann man Schlüsse auf die Krankheitszustände der Jugendlichen ziehen, da die Erkrankungen, die im Alter von 20 bis 24 Jahren zur Invalidität führen, wohl zumeist schon vor dem 20. Lebensjahr entstanden sind. Aus der von A. Fischer veröffentlichten Schrift „Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen“ (siehe Tafel 97) geht hervor, daß im Durchschnitt der Jahre 1905 bis 1909 in Baden von den 20 bis 24 Jahre alten Versicherten 1,8 ‰ invalide wurden. Hierbei spielt die Tuberkulose eine überragende Rolle, da bei 1,2 ‰ der 20 bis 24 Jahre alten Versicherten allein diese Krankheit zur Invalidität geführt hat.

Die Sterblichkeitsverhältnisse sind bei den Jugendlichen verhältnismäßig günstig, wie bereits unserer Zeichnung 5 (S. 56) zu entnehmen war; man erkennt jedoch hierbei, daß die Sterblichkeit für die Altersklasse von 15 bis 20 Jahren schon etwas höher ist als während des letzten Teiles des Schulalters. Diese Tatsache ist auch aus der Tafel 69 (S. 262) zu ersehen; die Sterblichkeitsziffern der Jugendlichen gleichen ungefähr denen der 5- bis 10jährigen. Wie die Tafel 70 (S. 262) zeigt, ist die Sterblichkeit der männlichen Jugendlichen während des Krieges auf das Achtfache gestiegen; unter den in dieser Zeit gestorbenen Jünglingen haben sehr viele ihr Leben auf dem Felde der Ehre gelassen. Daß aber auch, neben der Grippe im Jahre 1918, die wirtschaftliche Notlage während des Krieges die Sterbeziffern in den Reihen der Jugendlichen vergrößert hat, geht daraus hervor, daß die jungen Mädchen von 15 bis 20 Jahren ebenfalls in den Kriegsjahren ungünstigere Zahlen darbieten.

Mit den Einflüssen der Berufsarbeit auf die Sterblichkeitsverhältnisse der Jugendlichen befassen sich mehrere Veröffentlichungen. So bietet die preußische[1]) Statistik Angaben über Sterbeziffern, die nach den Berufsabteilungen und -gruppen der Gestorbenen gegliedert sind; in der englischen[2]) Statistik findet man auch eine Einteilung der Sterbeziffern nach Berufsarten. Man erfährt hierbei u. a., daß in Preußen die im Handelsgewerbe tätigen Jugendlichen eine weit höhere Sterblichkeit darbieten als die in der chemischen Industrie oder in der Industrie der Steine usw. beschäftigten Jugendlichen; in England zeigen die 15 bis 20 Jahre alten Jugendlichen, die dem Handelsstand angehören, weit größere Zahlen bei Tuberkulosesterblichkeit als die jugendlichen Facharbeiter und Bergleute. Man darf aber hieraus nicht den Schluß ziehen, daß gerade die Tätigkeit im Handelsgewerbe so

[1]) Siehe Tafel 99 auf Seite 324.
[2]) Siehe die Fußnote 3 S. 61 sowie Literatur S. 68 Ziffer 16 d.

besonders gesundheitsschädlich ist. Man muß vielmehr auf Grund dieser Ergebnisse der Sterblichkeitsstatistik annehmen, daß manchen Gewerben vorzugsweise kräftige, anderen hauptsächlich schwächliche Jugendliche sich widmen.

c) Jugendfürsorge.

Auf gute Gesundheitsverhältnisse der Jugendlichen, soweit sie männlichen Geschlechts sind, ist man stets bedacht gewesen. Denn hierbei handelt es sich um die für die Vaterlandsverteidigung erforderliche Volkskraft, deren Wert zumeist von der Zahl kriegstüchtiger junger Männer abhängt. Da sich für absehbare Zeiten Kriege nicht vermeiden lassen werden, muß jeder Staat sich rüsten. Es ist mithin durchaus zu billigen, daß man den Militärtauglichkeitsziffern so viel Aufmerksamkeit gewidmet hat. Aber es ist hier noch hinzuzufügen, daß die Kriegstüchtigkeit nicht der alleinige Zweck der Jugendfürsorge sein darf; es gilt, eine möglichst große Zahl von körperlich und geistig gut entwickelten Staatsbürgern, die wirtschaftliche und ideelle Werte erzeugen und zum Ruhme ihres Volkes in der Welt beitragen, zu erzielen. Und die Fürsorge muß sich auch auf die weiblichen Jugendlichen erstrecken; denn die jungen Mädchen sind die künftigen Mütter, die dem Staat einen kräftigen Nachwuchs gebären sollen.

Sodann ist zu betonen, daß auch die besten Maßnahmen für die Jugendlichen an Erfolg einbüßen, wenn nicht für Rassehygiene, Schwangeren- und Wöchnerinnenschutz sowie für die Gesundheitspflege der Säuglinge, Kleinkinder und Schulkinder hinreichend gesorgt war. Und auch all die in obigen Abschnitten erörterten Maßnahmen auf den Gebieten der Ernährung, Wohnung, Kleidung usw. sind für die Jugendfürsorge unentbehrlich. Eine planmäßige Gesundheitspolitik ist notwendig, wenn kriegstüchtige und werteerzeugende Staatsbürger sowie gebärtüchtige Mütter heranwachsen sollen.

Erforderlich sind aber noch manche Maßnahmen, die besonders für die Jugendlichen in Betracht kommen. Denn die Fürsorge darf nach der Schulzeit so wenig fehlen wie während oder vor dieser Zeit.

Zunächst ist hierbei zu verlangen, daß alle vermeidbaren gesundheitlichen Gefahren, die sich bei der Berufsarbeit einstellen können, verhütet werden, da, wie Hanauer zutreffend betont hat, Schädigungen, die für den Erwachsenen verderblich sind, für den jugendlichen Körper geradezu verhängnisvoll werden müssen. Neben den für alle gewerblichen Arbeiter geschaffenen Vorschriften der deutschen Gewerbeordnung (siehe S. 327) befassen sich daher noch besondere in diesem Gesetz enthaltene Bestimmungen mit den Jugendlichen. Die früher für wertvoll erachtete Anordnung (§ 135), daß junge Leute zwischen 14 und 16 Jahren nicht länger als 10 Stunden arbeiten dürfen, ist allerdings durch die am 23. November 1918 von der Reichsregierung bestimmte Regelung der Arbeitszeit (siehe S. 180) überholt worden. Das Verbot der Nachtarbeit von Jugendlichen (§ 136) ist jedoch nach wie vor erforderlich; es ist noch unverändert in Kraft, aber leider auch die Bestimmung, daß in gewissen Fällen, insbesondere für Anlagen, die mit ununterbrochenem Feuer betrieben werden oder die sonst durch die Art des Betriebs auf regelmäßige Tag- und Nachtarbeit angewiesen sind, also namentlich für Kohlenbergwerke, Ausnahmen zugelassen sind.

Die dringend notwendige ärztliche Überwachung der Jugendlichen erfolgt am zweckdienlichsten im Zusammenhang mit den Fortbildungsschulen. Württemberg hat im Anschluß an sein 1912 geschaffenes Gesetz betr. die schulärztlichen Untersuchungen

diese durch eine Ministerialverfügung vom 15. April 1913 auch auf die Fortbildungsschulen, Gewerbe- und Handelsschulen, Lehrerbildungsanstalten und die höheren Schulen ausgedehnt. In Baden wurde durch das Gesetz betr. die allgemeine Fortbildungsschule vom 19. Juli 1918 angeordnet, daß die Bestimmungen des Schulgesetzes über die ärztliche Überwachung auch für die Fortbildungsschule gelten sollen; bis jetzt ist allerdings von der Durchführung dieser Maßnahme wenig zu merken gewesen. In einem Rundschreiben des preußischen Ministers für Handel und Gewerbe vom 9. Februar 1914 werden die Provinzialverwaltungen ersucht, „in allen Gemeinden, wo dies nach den örtlichen Verhältnissen angemessen erscheint, die Bestellung von Schulärzten für gewerbliche und kaufmännische Fortbildungsschulen anzuregen". Wie man sieht, sind wir von einer reichsgesetzlichen umfassenden und einheitlichen Regelung der ärztlichen Überwachung noch weit entfernt, obwohl hierfür gerade jetzt, wo die allgemeinen militärärztlichen Musterungen fehlen, das Bedürfnis groß ist.

Umfassende ärztliche Untersuchungen der Gewerbe-, Handels- und Fortbildungsschüler würden nicht nur ein Bild von den Gesundheitszuständen der Jugendlichen darbieten, sondern auch geeignet sein, die Ergebnisse der am Schlusse der Schulzeit erfolgenden Berufsberatung nachzuprüfen und, soweit aus gesundheitlichen Gründen notwendig, baldigst auf einen Berufswechsel einzuwirken.

Zugleich werden, wie wir sahen, durch diese ärztlichen Prüfungen zahlreiche Krankheitszustände festgestellt; möglichst frühzeitige Eingriffe sind für die Wiedergenesung erforderlich und im Lehrlingsalter zumeist ohne weiteres durchführbar, weil alle erwerbstätigen Jugendlichen der Krankenversicherung angehören. Weitblickende Krankenkassen werden es nur billigen, wenn ihre Leistungen in dem erforderlichen Umfange seitens der Jugendlichen in Anspruch genommen werden; denn die Ausgaben, die für die Wiederherstellung von behandlungsbedürftigen Jugendlichen erfolgen, sind geringer als die Mittel, die in späteren Jahren, wenn die Krankheiten weiter fortgeschritten sind, aufgewendet werden müssen. Bedauerlich ist, daß, während die Kranken- und Unfallversicherungspflicht sogleich mit dem Eintritt der Lehrlinge in das Berufsleben, also in der Regel mit dem 14. Lebensjahr beginnt, die Invalidenversicherungspflicht erst im Alter von 16 Jahren einsetzt; dies hat zur Folge, daß das vorbeugende Heilverfahren der Landesversicherungsanstalten für die unter 16 Jahre alten Jugendlichen nicht in Frage kommt, was namentlich im Hinblick auf die oben angeführten Tuberkuloseziffern sehr mißlich ist; so läßt man in vielen Fällen die Zeit, die für eine Heilung besonders günstige Aussichten bietet, verstreichen, ehe die Jugendlichen den Segen des Invalidenversicherungsgesetzes genießen können.

Vielfach kommen die Jugendlichen, bei denen Krankheiten festgestellt worden sind, dem Rat, sich in ärztliche Behandlung zu begeben, nicht nach. Gleichgültigkeit und Unkenntnis spielen hier oft eine entscheidende Rolle. Daher ist gerade in den Kreisen der Jugendlichen im Zusammenhang mit der Fortbildungsschule eine planmäßige hygienische Belehrung erforderlich. Hierbei muß dann vor allem auch auf die gesundheitsgemäße Lebensweise im allgemeinen, auf die gewerbehygienischen Anforderungen, auf die Schädigungen durch Alkohol und Tabak sowie auf die sexuellen Fragen und die Verhütung der Geschlechtskrankheiten eindrucksvoll hingewiesen werden.

Was soll nun aber mit den Jugendlichen, die sogleich nach Beendigung der Schulzeit oder in der ersten Zeit der Lehrlingsjahre sich als körperlich unzureichend für irgendeine

regelrechte Berufsarbeit erweisen, geschehen? Die Eltern solcher Kinder müssen vielfach darauf dringen, daß diese möglichst bald Geld verdienen und die Lehrzeit nicht unterbrochen wird. Daher wird diesen schwächlichen jungen Menschen nicht gestattet, sich erst noch eine Zeitlang zu kräftigen, bevor sie sich ihrer Berufsarbeit widmen. Daß aber auf irgendeine Weise für diese Lehrlinge gesorgt werden muß, wie etwa für die körperlich schlecht entwickelten Schulkinder, die in der Waldschule gekräftigt und unterrichtet werden, kann nicht zweifelhaft sein. A. Fischer hat daher bereits 1913 die Gründung von Waldlehrwerkstätten, in denen der Gesundheitszustand der schwachen Lehrlinge gehoben werden soll, ohne daß die Monate der Erholung ganz nutzlos für die Berufsausbildung verstreichen, vorgeschlagen. Wohl infolge des Krieges ist dieser Gedanke unbeachtet geblieben, bezw. in Vergessenheit geraten; aber seine Verwirklichung ist jetzt dringender nötig als je und in Anlehnung an die Großstätten der Schulkindererholungsfürsorge (Heuberg, Wegscheide usw.) ohne erhebliche Schwierigkeiten durchführbar. Über einen ähnlichen Plan, die erholungsbedürftigen Lehrlinge in geeigneten Kolonien unterzubringen, hat das sächsische Gewerbeaufsichtsamt 1922 folgendes berichtet:

„Eine Großstadt hat diese Einrichtung der sogenannten Erholungskolonie durch die Abteilung ‚Erholungsfürsorge für Schulentlassene' des Städtischen Arbeitsamtes durchgeführt. Der Aufenthalt in der Erholungskolonie soll nach den dort in Gemeinschaft mit den Stadtschulärzten ausgearbeiteten Richtlinien in der Regel fünf Monate, mindestens aber ein Vierteljahr dauern. Die Jugendlichen sollen mit leichter gärtnerischer, landwirtschaftlicher und hauswirtschaftlicher Arbeit zunächst zwei Stunden und dann in langsamer Steigerung bis zu sechs Stunden täglich beschäftigt werden ... Zu den entstandenen Kosten haben vor allem die Krankenkassen namhafte Beträge überwiesen. Allerdings waren die Eltern nur sehr schwer zu bewegen, ihre Kinder auf längere Zeit zur Erholung zu geben und auf die Entschädigung, die ihnen die Lehrstelle bietet, zu verzichten. Alle eindringlichen Hinweise darauf, daß die Anforderungen der Berufsarbeit an die jugendlichen, schwächlichen Körper in näherer oder fernerer Zeit zu schwerer gesundheitlicher Schädigung führen müssen, sind von den Eltern vielfach nicht beachtet worden; es fehlt den Eltern auch oft die Möglichkeit, den geforderten Beitrag von 3 *M* je Tag zu bezahlen und Wäsche und Bekleidungsstücke den Kindern mitzugeben."

Von den sonstigen Maßnahmen, die der Erholung der Jugendlichen dienen, sind hier vor allem die Ferien anzuführen. Diese Fürsorge ist jetzt für die meisten Lehrlinge durch die allgemeinen Tarifverträge (siehe S. 185) geregelt; ein Ausbau ist jedoch noch notwendig. Das sächsische Gewerbeaufsichtsamt hat mit Recht betont, daß ein Urlaub von 3 oder 4 oder auch 8 Tagen für eine ernstliche Erholung nicht genügt; andererseits hat das genannte Amt darauf hingewiesen, daß ein Mißbrauch der Freizeit durch Übernahme von Sonderarbeit (Heimarbeit, Pfuscharbeit) verhütet werden muß. Erfreulich ist, daß durch die während der letzten Zeit in vielen Gegenden des Deutschen Reiches geschaffenen Jugendherbergen das Wandern, dem für die Erfrischung von Körper und Geist ein ganz besonderer Wert innewohnt, wesentlich erleichtert worden ist. Neben dem Erholungsurlaub sind noch die während des ganzen Jahres in Betracht kommenden mannigfaltigen Maßnahmen, die in dem Abschnitt „Leibesübungen" (siehe S. 194 ff.) erörtert wurden, zur Kräftigung der Jugendlichen anzuwenden; hierbei sei besonders betont, daß auch für die körperlichen Übungen der weiblichen Jugend gesorgt werden muß. Um möglichst alle Jugendlichen für die Leibesübungen zu gewinnen, ist eine ständige Belehrung und Ermahnung durch die Fortbildungsschulärzte erforderlich. Wir haben bei den Untersuchungen der Gewerbeschüler in Durlach und Karlsruhe gefunden, daß gerade diejenigen, die infolge schlechter körperlicher Entwicklung sich besonders durch Leibesübungen kräftigen sollten, am wenigsten an solchen Maßnahmen beteiligt waren. Kaups

gewiß berechtigte Forderung: „Organisation einer Konstitutionspflicht für beide Geschlechter in Stadt und Land mit der Aufgabe, durch weitgehende Differenzierung und Individualisierung von Leibesübungen und Werkarbeit Harmonie und Ausgleich in der Erziehung des Geistes und des Körpers unserer Jugend zu schaffen", wird jedoch wohl nicht so schnell verwirklicht werden.

Noch manche Einrichtungen, die für die Gesunderhaltung der Jugendlichen erforderlich sind und in einigen Orten schon geschaffen wurden, wären hier anzuführen. Aus Raummangel sei jedoch nur noch auf die Ledigenheime (siehe S. 145) und auf die verschiedenartigen (zumeist konfessionellen) Jugendvereine, in denen namentlich die für die gesundheitsgemäße Lebensweise so notwendige Sittlichkeit gefördert wird, hingewiesen. Für verrohte und verwahrloste Jünglinge und Mädchen hat man besondere Fürsorge-Erziehungsanstalten eingerichtet.

Schließlich sei noch erwähnt, daß sich die Gesundheitsfürsorge jetzt mehr als je zuvor auch auf die Gymnasiasten und Studenten erstrecken muß. Die ärztlichen Untersuchungen der Studenten und die Statistik der Krankheitsursachen, die zur Militäruntauglichkeit geführt haben, zeigen, daß der körperlichen Ertüchtigung in diesen Kreisen zu wenig Sorgfalt gewidmet wurde. Die planmäßige ärztliche Überwachung der Studentenschaft ist jetzt dringend erforderlich, insbesondere auch, damit die Erkrankten rechtzeitig behandelt werden. Es ist erfreulich, daß bereits in Tübingen, Dresden, Heidelberg, Gießen, München, Frankfurt a. M., Münster und Stuttgart entsprechende Untersuchungen stattfinden, und daß der 4. Studententag[1]) in Erlangen 1921 es „als Ehrenpflicht der deutschen Studentenschaft bezeichnet hat, für die mittellosen erkrankten Commilitonen zu sorgen". Andererseits müssen gerade in den Reihen der akademischen Jugend, aus denen die Führer des Volkes hervorgehen sollen, gewisse Folgen des Luxus, die anscheinend unausrottbaren Trinkunsitten und die oft auf Abwege geratenen Anschauungen gegenüber sexuellen Fragen, mit allem Nachdruck bekämpft werden.

Literatur: *1.* ***W. Abelsdorff:*** *a) „Großstadt und Tauglichkeitsziffer", Med. Reform 1906 Nr. 46; b) „Abstammung, Beruf und Heeresersatz", Med. Reform 1907 Nr. 38. — 2.* ***Alexander:*** *„Jugendliche Kaufleute", Abhandl. i. „Konstitution u. Umwelt i. Lehrlingsalter", Münch. sozialhyg. Arb. a. d. Hyg. Institut Heft 2, München 1922. — 3.* ***L. Ascher:*** *Siehe Literatur S. 16 Ziffer 1 b und S. 8 Ziffer 1 d. — 4.* ***K. Bittmann:*** *„Die jugendlichen Arbeiter in Deutschland", Schriften d. Gesellsch. f. soz. Reform Bd. 4 Heft 1, Jena 1910. — 5.* ***L. Brentano:*** *a) (gemeinsam mit Kuczynski) „Die heutige Grundlage der deutschen Wehrkraft", Stuttgart 1900; b) „Der Streit über die Grundlage der deutschen Wehrkraft", Aufsatz i. Patria, Jahrb. d. „Hilfe" 1906, herausg. v. Fr. Naumann, Berlin 1906. — 6.* ***W. Claassen:*** *a) „Die abnehmende Kriegstüchtigkeit in Deutschland", Arch. f. Rass.- u. Gesellschaftsbiolog. 1909 Heft 1; siehe dazu die Bemerkungen von A. Fischer ebenda 1910 Heft 2 und Claassens Antwort in demselben Heft; b) „Rekrutierungsstatistik des Deutschen Reiches 1902 bis 1913 und Friedenspräsenzstärke, Arch. f. Rass.- u. Gesellschaftsbiolog. 1913 Heft 5. — 7.* ***Epstein:*** *„Maschinenbauer, Schlosser, Schmiede", Abhandl. i. „Konstitution u. Umwelt i. Lehrlingsalter", Münch. sozialhyg. Arb. a. d. Hyg. Institut Heft 2, München 1922. — 8.* ***A. Fischer:*** *a) „Rekrutenstatistik und Volksgesundheit", Jahrb. f. Nationalökon. u. Stat. 1909 S. 471 ff.; b) „Militärtauglichkeit und Industriestaat", Kultur u. Fortschritt Nr. 432/33, Gautzsch bei Leipzig 192; c) „Invaliditätsbedingungen und Invaliditätsursachen", Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. 1914 Bd. III Heft 10; d) „Waldarbeitsstätten für schwächliche Lehrlinge", Soziale Praxis vom 30. Oktober 1913; c) „Die sozialhygienischen Zustände der gewerblichen und kaufmännischen Lehrlinge", Blätter f. Volksgesundheitspfl. 1914 Heft 3. — 9.* ***A. Gastpar:*** *„Die Fürsorge für die schulentlassene Jugend", Abhandl. i. Sozialärztl. Practicum, herausg. v. Gottstein u. Tugendreich, Berlin 1918. — 10.* ***Gettkant:*** *„Über Bedeutung und Wert der schulärztlichen Untersuchungen an Fortbildungsschülern", Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1913 Nr. 5. — 11.* ***E. Graf:*** *„Vor-*

[1]) Siehe A. Baak: „Studentische Gesundheitsfürsorge", Deutsch. akad. Rundsch. 10. Sem. Folge Nr. 6 vom 28. Januar 1924.

*träge aus dem Gebiete der Militärmedizin", Jena 1912. — 12. **W. Hanauer**: Siehe Literatur S. 253 Ziffer 7 a. — 13. **J. Kaup**: a) „Die jugendlichen Arbeiter in Deutschland", Schriften d. Gesellsch. f. soz. Reform Bd. 4 Heft 3, Jena 1911; b) „Jugendlichenpflege", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; c) „Die Ertüchtigung unserer erwerbstätigen Jugend", Jahrb. 1913 für Volks- u. Jugendspiele, Leipzig 1913; d) „Konstitution und Umwelt im Lehrlingsalter", Münch. sozialhyg. Arb. a. d. Hyg. Instit. Heft 1, München 1922. — 14. **A. Messner**: „Der Einfluß der gewerblichen und hausindustriellen Beschäftigung auf die Militärtauglichkeitsverhältnisse der Bevölkerung des Frankenwaldes", Dissertation, München 1914. — 15. **Neumann** (Naumburg): Siehe Literatur S. 197 Ziffer 13. — 16. **L. Neumann** (Wien): „Lehrlingsuntersuchungen im Gremium der Wiener Kaufmannschaft", Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1913 Bd. 8 Heft 1. — 17. **V. Noack**: „Militärdiensttauglichkeit und Berufstätigkeit, soziale Stellung und Wohnweise in Österreich-Ungarn, insbesondere in Wien", Arch. f. soz. Hyg. u. Demograph. 1915 Bd. 10 Heft 1 u. 2. — 18. **Alice Profé**: „Die Ertüchtigung unserer Frauen", Jahrb. 1913 für Volks- und Jugendspiele, Leipzig 1913. — 19. **A. Riegel**: „Lehrlingsferien", Soz. Praxis vom 27. Sept. 1923. — 20. **C. Röse**: „Beruf und Militärtauglichkeit", Politisch-Anthropol. Revue 1905 Bd. 4 Heft 3. — 21. **O. v. Schjerning**: „Sanitätsstatistische Betrachtungen über Volk und Heer", Biblioth. v. Coler-v. Schjerning Bd. 28, Berlin 1910. — 22. **H. Schwiening**: a) „Beiträge zur Rekrutierungsstatistik", Klinisches Jahrb. 1907 S. 398 ff; b) (gemeinsam mit Nicolai) „Über die Körperbeschaffenheit der zum einjährig-freiwilligen Dienst berechtigten Wehrpflichtigen Deutschlands", Veröffentl. a. d. Geb. d. Militär-Sanitätswesens Heft 40, Berlin 1909; c) „Lehrbuch der Militärhygiene" Bd. 5. „Militärsanitätsstatistik", Biblioth. v. Coler-v. Schjerning Bd. 35, Berlin 1913. — 23. **G. Simon**: „Untersuchungen an wehrpflichtigen jungen Burschen nach dem Pignet'schen Verfahren", Arch. f. soz. Hyg. u. Demogr. 1912 Bd. 7 Heft 2. — 24. **P. Stephani**: „Die Fürsorge für die schulentlassene Jugend", Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspflege", herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 25. **I. Szagunn**: a) „Über die schulärztliche Tätigkeit an Fortbildungsschulen", Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1921 Nr. 5 u. 6; b) „Über den Gesundheitszustand der schulentlassenen weiblichen Jugend", Soz. Praxis vom 13. Sept. 1923. — 26. **v. Vogel**: „Die wehrpflichtige Jugend Bayerns", München 1905. — 27. **Ed. Weber**: „Zur Statistik der Militärdiensttauglichkeit im Großh. Baden", Ärztl. Mitteil. aus Baden 1857 Nr. 3 u. 4. — 28. **Max Winter**: „Bericht über den schulärztlichen Dienst an 26 Fortbildungsschulen in Wien im Jahre 1909/10", Das östereichische Sanitätswesen Jahrg. 22 Nr. 51 u. 52.*

B. Berufsklassen.

In den vorangegangenen Abschnitten wurde dargelegt, wie bedeutungsvoll für die Gesundheitszustände der heranwachsenden Kinder die ererbten Eigenschaften und die soziale (kulturelle) Lage ihrer Eltern sind. Diese Einflüsse machen sich auch noch bei den Erwachsenen in hohem Maße geltend. Aber wie wir gezeigt haben, wirkt schon auf die Hygiene der Jugendlichen auch die Berufsarbeit in weitem Umfange ein. Und bei den Erwachsenen treten die gesundheitlichen Folgen der Erwerbstätigkeit mit zunehmendem Alter immer mehr zutage. Um diese Einflüsse auf die hygienischen Zustände noch genauer kennenzulernen, müssen wir uns nun mit den einzelnen Berufsklassen eingehender befassen, als es in dem allgemeiner gestalteten Abschnitt „Arbeitsverhältnisse" möglich war.

Im Hinblick auf den verfügbaren Raum können nur die wichtigsten Berufsklassen hier berücksichtigt werden. Zweckdienlich dürfte es sein, sowohl von den Handarbeitern wie von den Geistesarbeitern einige Gruppen auszuwählen. Aber es sei schon jetzt bemerkt, daß eine scharfe Gliederung unter den Erwerbstätigen in solche, die körperlich, und solche, die geistig arbeiten, in strengem Sinne nicht durchführbar ist, sowenig wie eine Einteilung in „Arbeiter", „Mittelstand" und „Reiche", da sich zahlreiche Übergänge finden. Von vielen Handarbeitern wird oft mehr Verstandestätigkeit verlangt, als von manchen Kopfarbeitern, und viele von den letzteren müssen sich oft auch körperlich anstrengen. Es gibt sodann Arbeiter, die mehr verdienen als mancher Beamte, Lehrer oder Kaufmann, und die wirtschaftliche Lage der Familie hängt häufig weniger von der Art des Berufes des Familienvaters als von der Zahl der zu ernährenden Kinder ab. Trotz

dieser und anderer Bedenken gegen eine Gliederung nach Berufsklassen ist es doch, angesichts der im allgemeinen sich zeigenden Unterschiede in den wirtschaftlichen und sozialen Verhältnissen, üblich und auch für die Kenntnis der sozialhygienischen Zustände erforderlich und nützlich, die Bevölkerung nach Berufen einzuteilen.

1. Arbeiter.

Daß die Arbeiter die größte Berufsschicht bilden, war bereits der Tafel 26 (S. 76) zu entnehmen; 1907 wurden in den Berufsabteilungen Landwirtschaft, Industrie und Handel über 13½ Millionen Arbeiter, darunter 3,2 Millionen weibliche, gezählt. Nahezu 8½ Millionen waren in der Industrie, 1,7 Millionen im Handel tätig, wobei zu bemerken ist, daß die in den Handelsbetrieben beschäftigten Arbeiter von den entsprechenden Erwerbstätigen in der Industrie sich nicht unterscheiden. Die landwirtschaftlichen Arbeiter wiesen 1907 weit geringere Zahlen auf als die beiden genannten Schichten. Wir werden uns daher hauptsächlich mit den Industriearbeitern zu befassen haben.

a) Einflüsse der Berufstätigkeit auf die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter.

Mit der Arbeiterklasse haben wir uns in den vorangegangenen Abschnitten schon eingehend beschäftigt; ja, der größte Teil von allen unseren Darlegungen war ihr gewidmet. Hier soll nun gezeigt werden, wie die gesundheitlichen Zustände der Lohnarbeiter durch die Berufstätigkeit beeinflußt werden.

Angaben über die Wirkungen der Arbeit im allgemeinen wurden bereits in dem Abschnitt „Erholung" geboten; jetzt sollen die besonderen Folgen, die sich bei den Lohnarbeitern zeigen, erörtert werden.

Die Industriearbeiter sind in Fabriken oder Werkstätten beschäftigt, während die land- und forstwirtschaftlichen Arbeiter hauptsächlich im Freien ihren Beruf ausüben. Die Tätigkeit im Feld, im Wald und auf der Wiese ist zwar auch, namentlich bei rauhem oder feuchtem Wetter, mit manchen gesundheitlichen Gefahren verbunden, aber sie ist doch zumeist der Arbeit in geschlossenen Räumen vorzuziehen. Denn zahlreiche Fabriken und Werkstätten, namentlich soweit sie schon vor vielen Jahrzehnten gebaut worden sind, wurden ohne die genügende Rücksichtnahme auf die Gesundheit der Arbeiter gestaltet. Die Gewerbeaufsichtsämter bemühen sich zwar, wie wir noch zeigen werden, für eine hygienische Beschaffenheit der Arbeitsstätten zu sorgen. Die Behörden können jedoch hierbei, ebenso wie auf dem Gebiete des Wohnungswesens (siehe S. 129), nur bescheidene Mindestanforderungen stellen und schrittweise vorgehen, weil sonst zu viele Betriebe zu beanstanden wären. Die schlimmsten Gefahren sind mit Hilfe des Arbeiterschutzgesetzes beseitigt; aber es bleibt noch viel zu wünschen übrig.

Die Arbeitsräume sind in manchen Fabriken und namentlich in vielen Werkstätten unzureichend belichtet; infolgedessen werden die Augen überanstrengt, Unsauberkeiten bleiben unbeachtet und die Unfallgefahr wird vergrößert. Vielfach werden die Arbeitsstätten im Winter ungenügend geheizt, und andererseits wird im Sommer zu wenig für Abkühlung gesorgt. Der schlimmste Feind der Arbeiter ist aber der Fabrikstaub, der je nach der Art des Betriebes scharfe, spitze oder fasrige, filzige, oft auch giftige, die Luftröhrenschleimhaut reizende und verletzende oder sich im Lungengewebe festsetzende Stoffe enthält. Dadurch ist die Möglichkeit gegeben, daß bei zahlreichen Arbeitern Krank-

heiten der Atmungsorgane, Katarrhe der Luftwege, Eisen-, Kohlen-, Steinstaublungen und hiermit im Zusammenhang Lungentuberkulose und andere Leiden entstehen. Nicht weniger gefährlich sind giftige Gase und Dämpfe, die sich in vielen Betrieben bilden. Auch die häufig entstehenden Gerüche wirken auf das körperliche und seelische Befinden nachteilig ein. Und der zeitweise starke Lärm, den man oft in Fabriken findet, greift das Gehör und die Nerven an.

Alle diese Einflüsse machen sich bei den land- und forstwirtschaftlichen Arbeitern nicht oder doch nur in weit geringerem Umfange geltend. Aber diese Berufsgruppen sind mehr als die Industriearbeiter den Unbilden der Witterung ausgesetzt, was häufig zu Erkältungskrankheiten und deren Folgen führt.

Auch die oft zu starke Inanspruchnahme der Muskeln wirkt nachteilig. Die Landarbeiter sowie viele gewerbliche Arbeiter, so vor allem Schmiede, Transport- und Bauarbeiter, verrichten vielfach eine Tätigkeit, welche eine sehr große Kraft erfordert. Häufig werden bei Arbeitern und besonders Arbeiterinnen, die lange Zeit hindurch stehen oder in gebückter Stellung sitzen müssen, die Muskeln überanstrengt.

Die genannten Gesundheitsgefahren zeigen sich mehr oder weniger bei allen Arbeitern und Arbeiterinnen; die schädlichen Einflüsse machen sich um so mehr geltend, je länger die jeweilige Arbeitszeit ist. Besonders nachteilig wirkt die Nachtarbeit, die oft zu Krankheiten des Blutes, der Nerven und Augen führt. Daß die Gefahren namentlich für die erwerbstätigen Schwangeren, Kinder und Jugendlichen sehr groß sind, wurde schon in früheren Abschnitten erörtert.

b) Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse.

Im Abschnitt „Arbeitsverhältnisse" (S. 79 ff.) wurde bereits dargelegt, daß die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse der Arbeiter weit ungünstiger sind als die der übrigen Bevölkerung. Ferner wurde (auf S. 84) betont, es lasse sich nicht immer nachweisen, daß gerade die Erwerbsarbeit und insbesondere die Tätigkeit in bestimmten Berufen hierfür als Ursache anzusehen sind. Es ist in der Tat oft schwer zu entscheiden, ob die ererbten Eigenschaften, die schlechte Entwicklung in der Jugendzeit, die ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse im allgemeinen, Mangel an Kenntnissen und gutem Willen u. a. m. oder die Berufstätigkeit zu den jeweils beobachteten Krankheitszuständen der Arbeiter geführt haben. Aber die statistischen Ergebnisse zeigen doch, daß die in der Erwerbsarbeit liegenden Gefahren bei den einzelnen Gruppen der Lohnarbeiter zu sehr verschiedenen Folgen führen, auch wenn die sonstigen Umweltbedingungen gleich oder nicht sehr ungleich sind.

Von den Krankheitsverhältnissen der Arbeiter kann man sich zunächst mit Hilfe der Krankenkassenberichte ein Bild beschaffen. Es muß hierbei jedoch darauf hingewiesen werden, daß solche Angaben der Krankenkassen im allgemeinen nur dann verwendbar sind, wenn alle erforderlichen zahlenmäßigen Unterlagen geboten werden; insbesondere muß auch die Gliederung nach Altersklassen durchgeführt sein. Diesen Ansprüchen genügen nur wenige Veröffentlichungen. Zu letzteren gehört insbesondere das große amtliche Werk[1]) über die Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse

[1]) Siehe Fußnote 2 S. 301. Hingewiesen sei ferner auf: a) „Frankfurter Krankheitstafeln", Beiträge zur Statistik der Stadt Frankfurt a. M., N.F. Heft 4, Frankfurt a. M. 1900; b) „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse bei den Krankenkassen in den Jahren 1896—1910", i. Minist. d. Innern bearbeitet, Wien 1913.

Leipzig, dem die in unserer Tafel 92 enthaltenen Zahlen entnommen sind. Man ersieht aus der Tafel 92, daß die Erkrankungshäufigkeit bei den einzelnen Altersklassen sehr verschieden ist, woraus sich ergibt, daß man zwei Berufsarten hinsichtlich ihrer Krankheitshäufigkeit in der Regel nur dann vergleichen kann, wenn in den jeweiligen Krankheitsstatistiken die Einteilung nach Altersklassen berücksichtigt wurde.

Der Tafel 92 ist sodann zu entnehmen, daß, wie schon auf Seite 301 dargelegt wurde, die erwerbstätigen Jugendlichen höhere Zahlen bei den Krankheitsfällen aufweisen als die Arbeiter von 20 bis 29 Jahren. Bei den Krankheitstagen und den Todesfällen zeigen aber die Jugendlichen niedrigere Ziffern. Schon hieraus ergibt sich, daß man die Krankheitsverhältnisse nicht allein nach der Häufigkeit der Krankheitsfälle beurteilen darf.

Es sei nun hier bemerkt, daß die Krankheitsverhältnisse bei den weiblichen versicherungspflichtigen Mitgliedern anders, zumeist ungünstiger gestaltet sind, als bei den männlichen. Das gleiche gilt von den freiwilligen Versicherten, sowohl unter den männlichen, wie unter den weiblichen Mitgliedern; bei den freiwilligen findet man weit höhere Ziffern hinsichtlich der Krankheitsfälle und -tage sowie der Todesfälle als bei den Pflichtmitgliedern. Alle diese Tatsachen machen es erforderlich, daß bei einer Krankenkassenstatistik die Mitglieder nach mannigfaltigen Gesichtspunkten in Gruppen eingeteilt und für jede einzelne Gruppe Angaben über die Krankheitsverhältnisse geboten werden müssen, wenn man einwandfreie Schlüsse aus den Zahlenreihen ziehen will.

Es wäre wünschenswert, daß wir hier für jede dieser Gruppen von Mitgliedern die Krankheitsverhältnisse erörtern könnten. Aber der verfügbare Raum reicht dazu keineswegs; wir beschränken uns daher bei unseren Darlegungen auf die männlichen Pflichtmitglieder, da diese die bei weitem größte Gruppe bilden.

In der Tafel 92 findet man Angaben über alle Berufsgruppen zusammen und über 7 einzelne. Es wurden 4 Berufsgruppen, die hinsichtlich der Zahl der Krankheitsfälle ungünstiger, und 3 Berufsgruppen, die günstiger dastehen als die Gesamtheit der Berufsgruppen, ausgewählt. Betrachtet man die Ergebnisse dieser 7 Berufsgruppen, so zeigt sich, daß zumeist, wenn auch nicht immer, den höheren Ziffern bei den Krankheitsfällen auch größere Zahlen bei den Krankheitstagen und bei den Todesfällen entsprechen.

Allein schon über die in der Tafel 92 enthaltenen Angaben ließe sich eine größere Abhandlung schreiben. Wir müssen aber es jedem Leser überlassen, die Tafel 92 für seine besonderen Zwecke zu verwerten. Es sei jedoch darauf hingewiesen, daß die oben für den Durchschnitt der Berufsgruppen hervorgehobene Gesetzmäßigkeit, nach welcher die Jugendlichen bei den Krankheitsfällen höhere Zahlen als die Arbeiter von 20 bis 29 Jahren aufweisen, zumeist, aber nicht für alle Gruppen, z. B. nicht für die chemische Industrie sowie für Gärtnerei, Land- und Forstwirtschaft, zutrifft.

Es wäre nun notwendig, daß man die einzelnen Berufsgruppen hinsichtlich ihrer Beteiligung an den mannigfaltigen Krankheitsarten miteinander vergleicht, um den Einfluß der jeweiligen Erwerbsarbeit auf die Krankheitsverhältnisse kennenzulernen. Aber auch hierbei können wir nur einige Beispiele herausgreifen. Die Zeichnung 22 (S. 348) lehrt, daß unter den Krankheitsursachen, die zur Arbeitsunfähigkeit bei den Kassenmitgliedern führen, der Häufigkeit der Krankheitstage nach die Tuberkulose an zweiter Stelle steht. Wir wollen nun an der Hand unserer Tafel 93, in welcher dieselben Berufsgruppen wie in der Tafel 92 berücksichtigt wurden, erörtern, in welcher Weise sich die

Tafel 92.

Krankheitsfälle, Krankheitstage und Todesfälle

Auf 100 beobachtete männliche versicherungs-

Altersklasse	Alle Berufsgruppen			Steinbearbeitung			Metallverarbeitung			Chemische Industrie		
	Krankheits-		Todes-fälle	Krankheits-		Todes-fälle	Krankheits-		Todes-fälle	Krankheits-		Todes-fälle
Jahre	Fälle	Tage		Fälle	Tage		Fälle	Tage		Fälle	Tage	
Insgesamt . .	39,6	854,9	0,76	53,9	1308,2	1,23	49,4	956,3	0,61	46,4	947,2	0,85
unter 15 . .	37,9	595,0	0,09	55,8	879,1	—	59,9	968,6	0,09	22,2	622,2	—
15—19 . . .	37,3	617,4	0,27	54,0	786,6	0,13	53,5	810,6	0,19	36,7	464,7	0,20
20—24 . . .	35,5	657,1	0,46	46,9	742,0	0,39	46,7	775,7	0,38	45,5	750,4	0,54
25—29 . . .	35,5	707,5	0,49	48,5	1086,9	0,62	43,4	817,1	0,52	44,7	808,2	0,38
30—34 . . .	38,5	813,6	0,59	50,7	1378,7	1,31	46,3	933,7	0,50	45,0	809,5	0,61
35—39 . . .	40,8	940,9	0,85	55,7	1739,8	2,15	48,2	1060,8	0,82	47,4	984,4	0,47
40—44 . . .	44,2	1088,1	1,13	61,9	1770,5	2,58	51,6	1184,6	1,02	51,9	1184,8	0,20
45—49 . . .	47,2	1243,4	1,42	64,1	2333,4	2,71	53,0	1392,3	1,40	54,8	1253,6	1,92
50—54 . . .	50,8	1456,1	2,03	67,6	2448,4	3,28	58,7	1637,2	1,75	52,1	1555,1	2,97
55—59 . . .	53,8	1704,7	2,62	73,6	2648,6	4,86	63,8	2034,9	3,17	54,1	1713,0	2,05
60—64 . . .	59,9	2068,7	3,59	80,6	2347,2	6,94	76,0	2738,6	3,97	40,2	1592,7	2,44
65—69 . . .	69,0	2759,8	5,47	97,0	4342,4	—	91,1	4098,5	6,42	37,5	2042,5	5,00
70—74 . . .	77,6	3456,3	6,65	87,5	4187,5	—	90,3	4800,0	6,19	53,8	2176,9	23,07
75 u. darüber	83,1	4042,9	9,54	33,3	833,3	—	52,0	1608,0	12,00	100,0	3925,0	25,00

Tafel 93.

Tuberkulose aller Art: Krankheitsfälle, Krankheitstage

Auf 1000 beobachtete männliche versicherungs-

Altersklasse	Alle Berufsgruppen			Steinbearbeitung			Polygraph. Gewerbe			Bekleidung u. Reinigung		
	Krankheits-		Todes-fälle	Krankheits-		Todes-fälle	Krankheits-		Todes-fälle	Krankheits-		Todes-fälle
Jahre	Fälle	Tage		Fälle	Tage		Fälle	Tage		Fälle	Tage	
Insgesamt . .	7,71	620	2,33	23,5	2162	7,25	11,4	938	3,11	10,3	761	3,35
unter 15 . .	1,02	31	—	11,6	93	—	0,7	8,5	—	—	—	—
15—19 . . .	3,81	295	0,84	2,5	255	0,63	5,4	378	1,11	4,6	230	1,15
20—24 . . .	7,32	592	2,28	1,6	330	1,57	14,2	1219	4,06	8,8	605	3,09
25—29 . . .	7,98	623	2,41	18,0	1646	3,71	12,8	1060	4,07	14,3	1050	3,82
30—34 . . .	8,56	653	2,22	30,8	2348	8,48	14,6	1117	3,11	10,8	1056	4,01
35—39 . . .	10,15	820	3,09	56,4	5144	15,37	16,1	1367	4,09	10,7	819	4,17
40—44 . . .	10,39	938	3,39	33,4	3214	15,20	14,9	1366	3,68	12,7	992	4,25
45—49 . . .	9,09	755	3,06	56,4	5964	13,54	8,5	637	3,33	18,7	1742	7,72
50—54 . . .	11,68	950	4,24	53,3	5816	28,69	12,5	1095	5,37	22,6	1240	5,66
55—59 . . .	8,49	681	3,85	41,7	3326	20,83	6,5	500	2,17	5,3	553	2,63
60—64 . . .	9,99	925	3,39	13,9	278	—	7,1	1365	1,19	28,0	1467	9,35
65—69 . . .	12,17	971	4,65	—	—	—	24,6	1383	4,47	7,9	244	7,87
70—74 . . .	18,28	1240	5,62	—	—	—	5,9	388	11,76	—	—	—
75 u. darüber	23,47	1845	12,52	—	—	—	18,5	56	18,52	—	—	—

Tafel 92.

nach Berufsgruppen und Altersklassen.

pflichtige Mitglieder kamen:

Gärtnerei, Land-u. Forstwirtsch.			Polygraph. Gewerbe			Bekleidung u. Reinigung			Büro-, Kontor-u. Ladenperson.		
Krankheits-		Todesfälle	Krankheits-		Todesfälle	Krankheits-		Todesfälle	Krankheits-		Todesfälle
Fälle	Tage		Fälle	Tage		Fälle	Tage		Fälle	Tage	
42,1	1019,8	1,34	34,8	915,8	0,76	28,0	691,9	0,76	20,6	492,3	0,70
10,9	178,1	—	35,9	512,1	—	16,7	206,6	—	19,3	371,1	0,09
21,1	359,5	0,31	37,8	649,8	0,32	24,0	479,6	0,29	20,5	408,5	0,34
24,5	388,1	0,12	34,8	817,5	0,64	26,4	552,2	0,48	19,9	444,1	0,60
30,8	557,9	0,25	32,1	852,8	0,62	26,3	638,6	0,68	18,2	424,7	0,62
37,1	657,4	0,61	31,9	908,2	0,66	28,7	693,2	0,83	20,7	512,4	0,71
47,0	952,4	0,92	32,1	1066,4	0,94	30,2	767,5	0,97	20,7	538,4	0,83
46,9	1104,3	1,53	32,9	1168,5	0,88	35,2	1006,4	1,34	23,1	652,2	1,21
61,1	1513,0	1,76	34,0	1210,4	1,24	34,0	1273,1	1,32	25,9	852,4	1,11
64,3	1533,3	2,59	36,9	1405,9	1,92	37,9	1311,9	2,64	28,2	899,2	2,15
63,6	2051,5	3,57	41,1	1750,3	2,46	45,3	1622,6	3,42	28,9	928,0	2,72
78,2	2721,7	4,71	45,8	1839,7	2,85	56,1	2109,3	4,67	32,6	1124,2	2,36
77,7	2629,0	5,68	53,7	2448,3	5,37	44,1	2135,4	1,57	39,2	2236,1	4,76
100,0	4069,8	5,37	48,8	3296,5	6,47	67,3	3401,8	3,64	43,5	1777,4	8,70
108,1	4725,7	9,46	68,5	4381,5	3,70	75,0	5465,6	6,25	39,4	1831,8	12,12

(Nach „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse Leipzig".

Tafel 93.

und Todesfälle nach Berufsgruppen und Altersklassen.

pflichtige Mitglieder kamen:

Metallverarbeitung			Büro-, Kontor u. Ladenperson.			Gärtnerei, Land- u. Forstwirtsch.			Chemische Industrie		
Krankheits-		Todesfälle	Krankheits-		Todesfälle	Krankheits-		Todes fälle	Krankheits-		Todes fälle
Fälle	Tage		Fälle	Tage		Fälle	Tage		Fälle	Tage	
7,6	599	2,07	7,3	583	2,41	5,6	452	1,95	4,6	388	1,54
0,4	6,5	—	3,7	211	—	—	—	—	—	—	—
3,6	265	0,71	5,6	481	1,27	2,6	164	0,88	—	—	—
6,7	550	1,82	8,5	761	3,18	0,8	51	0,40	2,7	144	1,36
9,2	652	2,77	7,3	554	2,86	3,5	287	0,99	1,9	360	1,90
9,3	725	1,92	6,9	422	1,91	4,1	246	1,36	3,7	216	—
11,0	903	2,99	9,3	668	2,98	5,4	302	0,77	18,9	1414	3,15
9,6	806	2,65	12,1	713	3,16	9,9	1042	4,50	—	—	—
10,2	784	2,99	6,7	506	2,59	15,4	1137	5,49	2,4	438	—
10,2	906	3,76	8,1	605	3,22	17,7	1567	7,08	8,5	631	—
9,9	965	5,46	2,6	183	1,70	6,0	329	3,57	6,9	295	13,70
10,9	1375	5,96	1,5	352	—	4,0	511	1,35	12,2	1012	12,20
7,4	635	4,94	2,8	667	—	2,2	520	—	—	—	—
62,0	4363	8,85	—	—	8,70	19,5	1444	—	—	—	—
—	—	—	—	—	—	40,5	2446	13,51	—	—	—

(Nach „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse Leipzig".)

Tuberkulose bei den einzelnen Berufsgruppen gestaltet. Man entnimmt der Tafel 93, daß die Steinbearbeitung bei der Tuberkulose (wie, nach Tafel 92, bei allen Todesursachen zusammen) die ungünstigsten Zahlen aufweist. Aber andere Berufsgruppen, z. B. die chemische Industrie sowie Gärtnerei, Land- und Forstwirtschaft, zeigen bei der Tuberkulose, im Gegensatz zu den Ergebnissen der Tafel 92, günstigese, die polygraphischen Gewerbe sowie Bekleidung und Reinigung jedoch ungünstigere Ziffern, als dem Durchschnitt aller Berufsgruppen entspricht, während nach Tafel 92 das Verhältnis dieser Berufsgruppen hinsichtlich der Beteiligung an allen Krankheiten zusammen gerade umgekehrt ist. Wenn man sieht, daß vom 25. Lebensjahr an die Versicherten, die in der Steinbearbeitung tätig sind, so sehr viel mehr als alle anderen Arbeiter in Gefahr sind, infolge von Tuberkulose erwerbsunfähig zu werden, so wird man den Einfluß der Berufsarbeit auf diese Krankheit hinreichend deutlich erkennen.

Als ein Beispiel dafür, wie die einzelnen Berufsgruppen hinsichtlich der verschiedenartigen Krankheiten miteinander zu vergleichen wären, um die Einflüsse der Erwerbsarbeit zu erforschen, soll hier die Gärtnerei, Land- und Forstwirtschaft (Berufsgruppe G) dem polygraphischen Gewerbe (Berufsgruppe Q) hinsichtlich der Krankheitsverhältnisse gegenübergestellt werden.

Die Tafel 92 zeigt, daß in den jüngeren Altersklassen die Gruppe Q ungünstiger, jedoch von den mittleren Altersklassen an günstiger dasteht als die Gruppe G. Das amtliche Werk bemerkt hierzu: „Es strömen dem polygraphischen Gewerbe, welches mehr Geschicklichkeit, Aufmerksamkeit und Nachdenken und weniger erhebliche Kraftleistungen beansprucht, schwächlichere Leute zu als der Gärtnerei, Land- und Forstwirtschaft; daher zunächst bei ersteren mehr Krankheit, mehr Sterblichkeit. Mit steigendem Alter werden den Arbeitern des ländlichen Berufes die damit verbundenen, große Körperkraft verlangenden Arbeiten zu schwer, und die Unbilden des Wetters werden allmählich schlechter vertragen. Hierzu kommt der Unterschied in der Lebenshaltung.“ (Von je 100 männlichen Pflichtmitgliedern befanden sich in der höchsten Beitragsklasse mit 4,51 ℳ und mehr täglichem Arbeitsverdienst bei der Gruppe Q 58%, bei G aber nur 5%.)

Dem amtlichen Werk ist zu entnehmen, daß die Arbeiter des polygraphischen Gewerbes nicht nur unter der Tuberkulose, sondern auch unter Vergiftungen und Krankheiten der Nerven besonders zu leiden haben. Bei akuten Infektionskrankheiten, namentlich Influenza und Typhus, zeigt aber die Gruppe G höhere Zahlen. Dies gilt auch für die Krankheiten der Atmungs- und Verdauungswerkzeuge; hierbei ist jedoch wieder nach Altersklassen zu gliedern. Es zeigt sich nämlich, daß die Gruppe G bei den zuletzt genannten Krankheitsarten in den jüngeren Altersklassen günstiger dasteht als die Gruppe Q, daß dies Verhältnis aber von den mittleren Altersklassen an umgekehrt ist. Das amtliche Werk erklärt diese Ergebnisse mit dem Hinweis, daß sich dem polygraphischen Gewerbe schwächlichere Jünglinge, die zunächst häufiger erkranken, zuwenden, daß aber die Arbeiter dieses Gewerbes gegenüber den Arbeitern, die in der Gärtnerei usw. tätig sind, den Vorteil haben, sich zumeist in geschlossenen Räumen aufzuhalten; daher leiden sie weniger unter den Erkältungskrankheiten als die Gruppe Q. Daß die Gruppe Q in den oberen Altersklassen auch bei den Verdauungskrankheiten mehr Krankheitstage aufweist als die Gruppe G, beruht, nach Angabe des amtlichen Werkes, darauf, daß die Gärtner usw. niedrigere Löhne haben, was die Güte der Ernährung beeinträchtigt und mit der Zeit mehr und mehr zu krankhaften Folgen führt.

Während es sich, wie oben dargelegt wurde, oft nicht mit Sicherheit feststellen läßt, daß gerade der Beruf und nicht andere Einflüsse die jeweilige Krankheit verursacht haben, ist in vielen Fällen an der gewerblichen Ursache des Leidens nicht zu zweifeln; hier handelt es sich dann um die zahlreichen Gewerbekrankheiten. Diese können durch physikalische Einwirkungen (Luftdruck, Schall, Licht, Elektrizität, Feuchtigkeit, Temperatur, Staub) oder durch chemische Gifte (Metalloide, Metalle, Kohlenstoffverbindungen der Fettreihe, zyklische Verbindungen) oder durch Parasiten (Tuberkelbazillen, Milzbrandbazillen, ferner Darmwürmer, Milben) hervorgerufen werden. Das Gebiet der Gewerbekrankheiten ist so umfangreich, daß wir hier nicht näher darauf eingehen, sondern

lediglich auf die besonderen Werke, die sich mit diesem wichtigen Gegenstande befassen (siehe Literatur S. 331 u. 332), hinweisen können.

Nur über drei gewerbliche Vergiftungen, bei denen die Berufsschädigung ja feststeht und die wegen ihrer Gefährlichkeit hervorzuheben sind, sollen hier einige Angaben geboten werden; es sind dies die Phosphor-, Quecksilber- und Bleivergiftungen. In der Todesursachenstatistik spielen diese Krankheiten jetzt, wie aus der Zeichnung 24 (S. 348) zu ersehen ist, keine Rolle mehr; aber früher war die Sterblichkeit auch infolge Phosphorvergiftung, der 15 bis 20 % der Erkrankten erlagen, nicht unbeträchtlich. Seitdem infolge des Reichsgesetzes betreffend Phosphorwaren vom 10. Mai 1903 weißer (gelber) Phosphor zur Herstellung von Zündhölzern und anderen Zündwaren nicht mehr verwendet werden darf, sind die Phosphorvergiftungen sehr selten geworden und jetzt kaum mehr zu befürchten; man erkennt an diesem Ergebnis, was durch ein geeignetes Gesetz erreicht werden kann. Auch die Quecksilbervergiftungen sind jetzt bei weitem nicht mehr so verbreitet wie ehedem, wo vor allem die Arbeiter in den Hüttenwerken gefährdet waren; Kölsch teilte jedoch mit, daß unter den in einem Quecksilber verarbeitenden Betriebe beschäftigten 50—60 Arbeitern 116 Krankmeldungen wegen schwerer Quecksilberschäden von Januar 1917 bis Ende Mai 1918 erfolgten. Die größte Bedeutung unter den gewerblichen Giften kommt den Bleipräparaten zu. Aber auch hier ist anzunehmen, daß die Zahl der Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten erheblich kleiner geworden ist, wenngleich eine hinreichend umfassende Statistik über die Bleivergiftungen nicht vorliegt und nicht leicht zu erhalten ist. Im Jahre 1907 suchten insgesamt 920 Bleikranke preußische Krankenanstalten auf, darunter 283 Maler, 177 Bleiweiß- und Bleifarbenarbeiter, 120 Hüttenarbeiter und 57 Arbeiter des polygraphischen Gewerbes. Über die Bleivergiftungsgefahr, der manche Berufe ausgesetzt sind, unterrichtet uns auch das amtliche Werk über die Ortskrankenkasse Leipzig; die betreffenden Zahlen enthält unsere Tafel 94.

Tafel 94.

Chronische Vergiftungen durch Bleipräparate.

Auf 1000 männliche Pflichtmitglieder der Ortskrankenkasse Leipzig entfielen Krankheitstage:

Altersklasse Jahre	Alle Berufe	Maler, Lackierer, Anstreicher	Schriftsetzer	Buchdrucker
15—34	96	1404	1374	314
35—54	179	2685	2676	539
55—74	247	5354	3515	398

(Nach „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig“.)

Bemerkt sei noch, daß die chemische Industrie immer neue Körper mit giftigen Eigenschaften erzeugt und daß dadurch die Arten der gewerblichen Vergiftungen sich in den letzten Jahrzehnten, namentlich auch während des Krieges bei der Herstellung von Gasen als Kampfmittel, erheblich vermehrt haben. Darum ist es jetzt noch mehr als je zuvor notwendig, daß, wie bei den gefährlichen Infektionskrankheiten, auch bei den gewerblichen Vergiftungen und überhaupt bei ausgesprochenen Berufskrankheiten die ärztliche Meldepflicht eingeführt wird, damit auf die Beseitigung der Gesundheitsschäden nach

Möglichkeit eingewirkt werden kann. Schließlich ist zu fordern, daß die gewerblichen Vergiftungen wie Unfälle entschädigt werden. Mit Recht hat Hanauer es als ein soziales Unrecht bezeichnet, „daß z. B. ein Arbeiter, dem durch Herabfallen eines schweren Eisenstückes oder durch Hineingeraten in die Maschine der Arm zerquetscht wurde, eine lebenslängliche angemessene Rente erhielt, während derselbe Arbeiter, wenn der Arm durch Lähmung infolge Bleiintoxikation verstümmelt und arbeitsunfähig wird, vollständig leer ausgeht".

Wie aus der Zeichnung 22 (S. 348) zu ersehen ist, stehen der Zahl der Krankheitstage nach unter allen Krankheitsursachen, die zur Arbeitsunfähigkeit der Kassenmitglieder führen, die Quetschungen und Zerreißungen an erster Stelle. Den Verletzungen der Arbeiter muß man daher besondere Aufmerksamkeit widmen. Wir stützen uns hierbei auf die Angaben der Berufsgenossenschaften, da diese über die Vorkommnisse im ganzen Deutschen Reich berichten.

Im Jahre 1907 wurden 75370 Personen erstmalig wegen erlittener Unfälle entschädigt; davon waren 92,76% männliche, 3,8% weibliche Erwachsene und 3,09% männliche, 0,35% weibliche Jugendliche.

Die Zahl der gewerblichen Unfälle ist, im Verhältnis zu der Ziffer der Vollarbeiter, während der letzten 20 Jahre geringer geworden. Es kamen auf 1000 von den gewerblichen Berufsgenossenschaften umfaßte Vollarbeiter im Jahre 1900 noch 8,58, im Jahre 1907 sogar 9,58, dagegen im Jahre 1913 nur 7,91 und im Jahre 1920 sogar nur 6,33 Unfälle, für die Entschädigungen zu leisten waren. Sicherlich beruht dieser Rückgang zum Teil darauf, daß die Unfallverhütungsmaßnahmen verbessert wurden, zum Teil aber wohl auch, namentlich soweit das Jahr 1920 in Betracht kommt, darauf, daß im Wirtschaftsleben sich manches geändert hat.

Bei den einzelnen Berufsgenossenschaften sind die Zahlen der Unfälle sehr verschieden, was daher rührt, daß die Gefahren in den jeweiligen Betrieben nicht gleich groß sind. Die Tafel 95 unterrichtet darüber, daß die Unfallzahlen für das Jahr 1920 bei manchen der hier ausgewählten Berufsgenossenschaften weit über, bei anderen weit unter dem für alle Genossenschaften geltenden Durchschnitt liegen. Es ist aber hierbei noch zu bemerken, daß man aus der Häufigkeit der Unfälle allein kein hinreichendes Bild von den Gefahren der einzelnen Berufsarten gewinnt; auch die Folgen (Schwere) der Unfälle sind zu berücksichtigen. Die Tafel 95 enthält zugleich Angaben über die Unfallfolgen[1]. Wir entnehmen diesen Ziffern, daß bisweilen, aber nicht immer, von denjenigen Berufsgenossenschaften, die besonders zahlreiche Unfälle aufzuweisen haben, auch viele Verletzungen, die zum Tode geführt haben, zu entschädigen sind.

Bemerkenswert sind ferner die Angaben über die Zeit, in der die Verletzungen erfolgten. Von 100 Unfällen kamen auf den Sonntag 2,52, Montag 16,94, Dienstag 15,76, Mittwoch 15,66, Donnerstag 16,04, Freitag 16,28 und Samstag 16,80. Die große Montagszahl dürfte auf den übermäßigen Alkoholgenuß und andere Ausartungen am Sonntag zurückzuführen sein. Man sieht aber auch, daß sich gegen das Wochenende zu und namentlich am Samstag ein beträchtlicher Anstieg zeigt; hier macht sich offenbar die von der Arbeit an den vorangegangenen Tagen verursachte Ermüdung geltend. Ganz besonders groß ist die Zahl der Verletzungen am Samstag zwischen 3 und 6 Uhr nachmittags.

[1] Über die Angaben aus früheren Zeiten siehe: „Gewerbe-Unfallstatistik für das Jahr 1907", Amtl. Nachrichten d. Reichsversicherungsamtes 1910 Beiheft 1 Teil 1—3, Berlin 1910.

Tafel 95.

Häufigkeit und Folgen (Schwere) der Unfälle im Jahre 1920.

Auf 1000 von der jeweiligen Berufsgenossenschaft umfaßte Vollarbeiter kamen Unfälle:

Berufsgenossenschaften	Überhaupt	Die Verletzungen hatten zur Folge			
		Tod	dauernde Erwerbsunfähigkeit		verübergehende Erwerbsunfähigkeit
			völlige	teilweise	
1. Müllerei-B.G.	12,06	1,25	—	8,89	5,92
2. See-B.G.	11,81	5,27	—	1,35	5,19
3. Fuhrwerks-B.G.	11,38	1,41	0,01	1,30	8,66
4. Knappschafts-B.G.	10,89	2,01	0,05	2,41	6,42
5. Tiefbau-B.G.	10,38	0,92	0,12	2,86	6,48
6. B.G. der chemisch. Industrie	5,90	1,16	0,02	1,82	2,90
7. Deutsche Buchdrucker-B.G.	2,63	0,03	—	0,73	1,87
8. Textilindustrie-B.G.	2,45	0,16	0,01	0,87	1,42
9. Bekleidungsindustrie-B.G.	1,61	0,06	—	0,03	1,52
10. Tabak-B.G.	0,52	0,03	—	0,16	0,33

(Nach „Amtl. Nachr. d. Reichsversicherungsamtes" 1922 Nr. 1.)

Auch die Angaben über die Invaliditätsverhältnisse lassen erkennen, wie die Berufstätigkeit die Gesundheitszustände der Arbeiter beeinflußt. Die Zunahme der Rentenempfänger war bereits aus der Tafel 32 und den dazugehörenden Darlegungen auf S. 83 zu ersehen. Hier sei noch bemerkt, daß die Invalidenrentenzahlen, die für die Kriegs- und die ersten Nachkriegsjahre gelten, nur mit Vorsicht zu verwerten sind, da auf ihre Höhe die mannigfaltigen Besonderheiten dieser Zeit eingewirkt haben. Daß die Gefahr, invalide zu werden, von Altersklasse zu Altersklasse besonders nach dem 40. Lebensjahr, und bei dem weiblichen Geschlecht noch mehr als bei dem männlichen, stark steigt, ist der Tafel 31 (S. 82) zu entnehmen. Aber sonst liegen für das ganze Deutsche Reich keine Invaliditätsangaben vor, die an dieser Stelle zu verwerten sind. Dagegen hat A. Fischer über die Ergebnisse bei der Landesversicherungsanstalt Baden Zahlenreihen, die manchen Aufschluß gewähren, veröffentlicht.

Der bei der Landesversicherungsanstalt Baden vorhandene Ziffernstoff gestattete eine Gliederung der Rentenempfänger jeweils nach Geschlecht, Altersklassen und Berufsabteilungen, aber leider nicht zugleich nach allen diesen Gesichtspunkten. Immerhin konnte für jede dieser Gruppen angegeben werden, in welchem Umfange sich bei ihnen die einzelnen Invaliditätsursachen geltend machten. Da bei der Berufszählung vom Jahre 1907 die Ziffern der Versicherten festgestellt worden sind, so konnten die jeweiligen Zahlen der Rentenempfänger (im Durchschnitt der Jahre 1905—1909) hierzu in Beziehung gebracht werden. Für das Berufszählungsjahr 1895 liegen über die Zahlen der Versicherten nur Schätzungsergebnisse vor; hierzu wurden die jeweiligen Ziffern der Rentenempfänger (im Durchschnitt der Jahre 1893—1897) ins Verhältnis gesetzt. Diese letzteren Verhältnisziffern dürfen jedoch nur mit Vorsicht verwertet werden.

Im Durchschnitt der Jahre 1905 bis 1909 wurden in Baden jährlich 2478 männliche und 1569 weibliche Rentenempfänger gezählt; im Durchschnitt der Jahre 1893 bis 1897 waren es 1072 männliche und 581 weibliche.

In welchem Umfange während der genannten Zeiträume die einzelnen Krankheitsarten bei jedem der beiden Geschlechter Invalidität verursacht haben, zeigt die Tafel 96.

Tafel 96.

Die Invaliditätsursachen nach dem Geschlecht der Rentenempfänger bei der Landesversicherungsanstalt Baden im Durchschnitt der Jahre 1905 bis 1909 sowie 1893 bis 1897.

Auf 1000 über 20 Jahre alte im Jahre 1905 bezw. 1895 versicherte Personen kamen Rentenempfänger:

Krankheitsziffer	Invaliditätsursachen	Durchschnitt der Jahre 1905—1909			Durchschnitt der Jahre 1893—1897		
		Männl.	Weibl.	Zus.	Männl.	Weibl.	Zus.
1	Entkräftung, Blutarmut	1,31	2,26	1,62	0,63	0,54	0,59
2	Gelenkrheumatismus, Gicht	0,57	0,85	0,66	0,30	0,27	0,29
3	Muskelrheumatismus	0,23	0,23	0,23	0,15	0,08	0,12
4	Tuberkulose der Lungen	2,00	2,58	2,19	1,65	1,00	1,35
5	Tuberkulose anderer Organe	0,24	0,37	0,28	0,18	0,16	0,17
6	Krebs, andere Neubildungen	0,29	0,36	0,31	0,11	0,09	0,10
7	Allgemeine Leiden (chron. Vergiftung)	0,10	0,12	0,11	0,08	0,03	0,06
8	Geisteskrankheiten	0,30	0,49	0,35	0,10	0,09	0,10
9	Gehirnkrankheiten	0,19	0,20	0,19	0,15	0,06	0,10
10	Epilepsie, verwandte Krankheiten	0,16	0,40	0,23	0,07	0,05	0,06
	Krankheiten:						
11	des Rückenmarks	0,14	0,10	0,12	0,10	0,05	0,09
12	der Nerven	0,17	0,43	0,26	0,18	0,16	0,17
13	„ Augen	0,22	0,38	0,28	0,26	0,19	0,22
14	„ Ohren	0,02	0,04	0,03	0,02	0,01	0,01
15	„ Luftröhre, Nase, Kehlkopf u. dgl.	0,17	0,20	0,19	0,13	0,06	0,10
16	des Brustfells	0,05	0,04	0,04	0,05	0,01	0,03
17	der Lunge (Emphysem, Asthma)	1,58	1,03	1,38	1,12	0,37	0,78
18	des Herzens und der großen Blutgefäße	0,86	1,69	1,12	0,44	0,43	0,43
19	der sonstigen Blut- und Lymphgefäße	0,54	0,50	0,53	0,07	0,08	0,08
20	des Magens	0,20	0,31	0,24	0,27	0,16	0,22
21	„ Darmes, Leber, Milz	0,10	0,19	0,13	0,09	0,05	0,08
22	der Speiseröhre, Mund, Zähne u. dgl.	0,01	0,04	0,02	0,01	0,01	0,01
23	Unterleibsbrüche	0,13	0,10	0,12	0,16	0,04	0,10
24	der Nieren	0,12	0,12	0,11	0,07	0,04	0,06
25	„ Harn- u. Geschlechtsorgane	0,05	0,38	0,16	0,09	0,16	0,12
26	„ Haut, Zellgewebe	0,07	0,13	0,10	0,13	0,11	0,12
27	„ Bewegungsorgane (ohne Ziffer 2, 3)	0,22	0,24	0,23	0,30	0,17	0,25
28	Mechanische Verletzungen	0,20	0,10	0,17	0,17	0,06	0,10
	Zusammen	10,24	13,88	11,40	7,08	4,53	5,91

(Nach A. Fischer.)

Der Tafel 96 entnimmt man, daß alle Krankheiten zusammen im Durchschnitt der Jahre 1905 bis 1909 weit mehr Invaliditätsfälle erzeugt haben als im Durchschnitt der Jahre 1893 bis 1897. Die großen Unterschiede beruhen offenbar nicht nur auf methodischen Fehlern; sie lassen vielmehr vermuten, daß sich die Gesundheitsverhältnisse der Versicherten verschlechtert haben. Die Zunahme der Invaliditätsziffern findet man in noch höherem Maße bei dem weiblichen Geschlecht als bei dem männlichen, was mit der Ausdehnung der weiblichen Erwerbsarbeit in Baden (siehe S. 70, 71 und 83) zusammenhängt.

Sodann zeigt die Tafel 96, daß in beiden Zeiträumen und bei beiden Geschlechtern die Lungentuberkulose die häufigste Invaliditätsursache darstellt. Ein Vergleich der Ergebnisse in den beiden Zeiträumen läßt erkennen, daß die Gefahr, infolge von Tuberkulose invalide zu werden, im Laufe der Jahre nicht nur nicht ab-, sondern stark zugenommen hat; dies gilt namentlich für das weibliche Geschlecht. Entkräftung, Blutarmut, Herzleiden spielen bei dem weiblichen Geschlecht, Lungenemphysem, mechanische Verletzungen und Rückenmarksleiden bei den Männern eine größere Rolle als Invaliditätsursachen.

Tafel 97.

Die Invaliditätsursachen nach Altersklassen der Rentenempfänger bei der Landesversicherungsanstalt Baden im Durchschnitt der Jahre 1905—1909.

Auf 10000 über 20 Jahre alte im Jahre 1907 versicherte Personen kamen Rentenempfänger:

Krankheitsziffer	Invaliditätsursachen	Altersklassen						
		20—24 Jahre	25—29 Jahre	30—39 Jahre	40—49 Jahre	50—59 Jahre	60—69 Jahre	70 Jahre und mehr
1	Entkräftung, Blutarmut	0,35	0,98	1,90	5,33	20,20	184,22	852,72
2	Gelenkrheumatismus, Gicht	0,22	0,42	1,37	4,78	20,20	68,43	121,13
3	Muskelrheumatismus	—	—	0,11	0,55	5,63	34,20	48,45
4	Tuberkulose der Lungen	11,85	20,66	25,69	27,53	28,48	28,30	14,53
5	Tuberkulose anderer Organe	1,39	2,37	2,96	3,31	4,96	5,92	4,84
6	Krebs, andere Neubildungen	0,22	0,28	0,63	4,04	11,92	23,69	29,08
7	Allgemeine Leiden (chron. Vergiftung)	0,12	0,14	0,63	1,65	3,98	5,92	4,84
8	Geisteskrankheiten	1,03	2,51	4,12	5,32	6,63	5,92	9,69
9	Gehirnkrankheiten	0,22	0,42	0,85	2,20	5,63	13,82	24,23
10	Epilepsie, verwandte Krankheiten	0,35	1,40	1,80	3,31	6,63	7,89	4,84
	Krankheiten:							
11	des Rückenmarks	0,12	0,56	1,06	2,02	3,31	3,95	—
12	der Nerven	0,12	0,69	1,48	3,85	6,63	16,45	24,23
13	„ Augen	0,35	0,28	1,06	2,75	7,94	21,71	53,31
14	„ Ohren	—	—	0,11	0,55	0,99	1,32	4,84
15	„ Luftröhre, Nase, Kehlkopf u. dgl.	—	0,14	0,21	1,11	6,95	17,76	43,60
16	des Brustfells	—	0,14	0,21	0,33	1,98	1,97	4,84
17	der Lunge (Emphysem, Asthma)	0,12	0,28	1,16	5,87	38,42	176,33	329,45
18	des Herzens und der großen Blutgefäße	0,58	1,95	3,07	8,63	32,77	112,51	164,73
19	der sonstigen Blut- und Lymphgefäße	—	0,14	0,42	1,11	11,26	67,11	193,79
20	des Magens	0,12	0,28	0,85	2,39	9,60	18,42	19,39
21	„ Darmes, Leber, Milz	0,12	0,42	0,63	1,28	3,98	9,87	9,69
22	der Speiseröhre, Mund, Zähne u. dgl.	—	—	0,11	0,18	0,66	0,66	—
23	Unterleibsbrüche	—	—	0,11	0,74	2,97	15,13	14,53
24	der Nieren	0,22	0,56	0,74	0,65	2,97	6,58	9,69
25	„ Harn- u. Geschlechtsorgane	0,12	0,28	0,85	2,75	3,98	9,21	14,53
26	„ Haut und des Zellgewebes	—	0,14	0,21	0,74	3,31	9,21	14,53
27	„ Bewegungsorgane (ohne Ziffer 2, 3)	0,22	0,42	0,96	2,75	7,94	15,80	19,39
28	Mechanische Verletzungen	0,12	0,14	0,74	1,65	5,63	15,13	14,53
	Summe	17,96	35,60	54,04	98,37	265,55	897,43	2049,42

(Nach A. Fischer.)

Tafel 98.

Die Invaliditätsursachen nach Berufsabteilungen der Rentenempfänger bei der Landesversicherungsanstalt Baden im Durchschnitt der Jahre 1905—1909.

Auf 10000 über 20 Jahre alte im Jahre 1907 versicherte Personen kamen Rentenempfänger:

Krankheitsziffer	Invaliditätsursachen	Berufsabteilungen					
		Land- und Forstwirtschaft A	Industrie, Berg-, Bauwesen B	Handel und Verkehr C	Häusliche Dienste, wechs. Lohnarbeit D	Staats-, Gemeindedienst usw. E	Gesindedienst G
1	Entkräftung, Blutarmut	31,34	11,56	6,47	71,63	35,57	16,59
2	Gelenkrheumatismus, Gicht	10,66	5,23	3,09	28,32	13,76	7,42
3	Muskelrheumatismus	4,59	1,57	1,23	15,01	5,74	1,31
4	Tuberkulose der Lungen	11,00	27,24	13,86	19,99	24,10	18,33
5	Tuberkulose anderer Organe	1,97	3,28	1,54	3,33	4,59	2,62
6	Krebs, andere Neubildungen	3,45	2,96	1,54	8,32	6,92	3,93
7	Allgemeine Leiden (chron. Vergiftung)	1,15	1,15	0,31	3,33	1,15	1,31
8	Geisteskrankheiten	3,77	3,47	2,16	3,33	4,59	6,55
9	Gehirnkrankheiten	1,80	1,91	1,23	6,66	4,59	1,75
10	Epilepsie, verwandte Krankheiten	2,13	2,22	0,92	5,00	4,59	4,80
	Krankheiten:						
11	des Rückenmarks	1,00	1,29	0,92	1,66	3,44	0,87
12	der Nerven	2,79	2,13	1,23	15,00	6,92	3,93
13	„ Augen	4,10	2,22	0,92	15,00	8,03	2,62
14	„ Ohren	0,32	0,25	0,31	1,66	—	0,44
15	„ Luftröhre, Nase, Kehlkopf u. dgl.	2,79	1,72	0,62	6,66	3,44	1,31
16	des Brustfells	0,64	0,42	—	—	1,15	0,44
17	der Lunge (Emphysem, Asthma)	27,73	11,20	4,93	51,64	32,13	5,24
18	des Herzens und der großen Blutgefäße	14,76	9,11	4,93	63,31	28,70	14,40
19	der sonstigen Blut- und Lymphgefäße	8,53	4,16	3,08	21,65	9,11	6,11
20	des Magens	3,77	2,03	0,62	10,00	3,44	2,62
21	„ Darmes, Leber, Milz	1,98	1,20	0,31	1,66	3,44	1,31
22	der Speiseröhre, Mund, Zähne u. dgl.	0,16	0,10	0,62	—	—	—
23	Unterleibsbrüche	2,63	0,69	0,62	3,33	3,44	0,87
24	der Nieren	1,00	1,34	0,92	3,33	2,30	0,44
25	„ Harn- u. Geschlechtsorgane	1,80	1,34	0,92	8,32	2,30	2,18
26	„ Haut und des Zellgewebes	1,98	0,73	0,31	5,00	—	0,87
27	„ Bewegungsorgane (ohne Ziffer 2, 3)	3,94	1,72	1,23	10,00	4,59	2,62
28	Mechanische Verletzungen	2,63	1,57	0,92	3,33	3,44	0,87
	Summe	154,41	103,81	55,76	386,47	221,53	111,75

(Nach A. Fischer.)

Aus der Tafel 97 ist zu ersehen, daß viele Krankheitsarten hauptsächlich erst bei den höheren oder mittleren Altersklassen zur Invalidität führen. Aber die Tuberkulose macht zahlreiche Versicherte auch schon in den jüngsten Altersklassen invalide; bei weit mehr als der Hälfte aller unter 40 Jahre alten Rentenempfänger war die Tuberkulose die Invaliditätsursache.

Große Unterschiede zeigt, wie die Tafel 98 lehrt, die Invaliditätsursachenstatistik auch bei den einzelnen Berufsabteilungen. Der Grund hierfür liegt zum Teil darin, daß die Altersklassenbesetzung nicht bei allen Berufsabteilungen die gleiche ist; bei den Berufsabteilungen A, D und E sind die höheren Altersklassen, bei der Berufsabteilung G sind die jüngeren Altersklassen stärker vertreten, als dem Durchschnitt aller Berufsabteilungen entspricht; die Berufsabteilung B zeigt ungefähr die Besetzung des Durchschnitts. Aber die Altersbesetzung ist nicht allein maßgebend für die Zahl der Invaliditätsfälle und für die Häufigkeit, mit der die einzelnen Krankheitsarten als Invaliditätsursachen beteiligt sind; die Berufstätigkeit und im Zusammenhang hiermit die wirtschaftlichen Verhältnisse üben unzweifelhaft auch ihren Einfluß hierbei aus. Daß die Berufsabteilung A bei allen Krankheitsarten zusammen eine höhere Invaliditätsziffer aufweist als die Berufsabteilung B, liegt wohl zum Teil an der Altersbesetzung; daß aber die Abteilung G, bei welcher sich vorzugsweise jüngere Versicherte befinden, schlechter dasteht als die Abteilung B, ist offenbar auf die ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse der Dienstboten (geringe Löhne, mangelhafte Ernährung, lange Arbeitszeiten) zurückzuführen. Die Tuberkulose spielt als Invaliditätsursache bei der Abteilung A eine verhältnismäßig geringe, bei der Abteilung B aber eine sehr große Rolle. Bemerkenswert ist, wie häufig Gelenkrheumatismus, Gicht, Lungenemphysem und Entkräftung bei der Abteilung A Invalidität erzeugt haben.

Es würde zu weit führen, wollten wir die Angaben der Tafeln 96, 97 und 98 in allen Einzelheiten hier erörtern. Jedem Leser muß es überlassen werden, diesen Zahlenstoff für seine jeweilige Fragestellung zu verwenden.

Dringend zu wünschen ist, daß bei der nächsten Berufszählung, die hoffentlich nicht mehr zu lange auf sich warten läßt, die Versicherten gezählt werden, und dann eine amtliche, den Ansprüchen der sozialhygienischen Forschung genügende Invaliditätsursachenstatistik[1]) für das ganze Reich dargeboten wird.

Über die Sterblichkeitsverhältnisse der Lohnarbeiter wurde in diesem Abschnitt schon mancherlei im Zusammenhang mit den Krankheitsverhältnissen angeführt. Der Tafel 31 (S. 82) war zu entnehmen, daß die Sterblichkeit der bei der Ortskrankenkasse Leipzig versicherten Männer vom 40. Lebensjahr an höher ist als die der männlichen Gesamtbevölkerung, während für die Altersklassen von 20 bis 39 Jahren das Verhältnis umgekehrt ist. Hier sei noch bemerkt, daß auch die Versicherten im Alter von 15 bis 19 Jahren kleinere Sterblichkeitsziffern aufweisen als die gleichaltrigen der Gesamtbevölkerung. Die weiblichen Versicherten stehen, hinsichtlich der Sterblichkeitszahlen, nur in den Hauptjahren der Gebärtätigkeit, d. h. im Alter von 20 bis 34 Jahren sowie in der Altersklasse von 45 bis 49 Jahren ungünstiger, sonst günstiger als die allgemeine weibliche Bevölkerung da.

Für das ganze Deutsche Reich geltende Angaben über die Sterblichkeit nach Berufen liegen nicht vor. Dagegen wurden, auf Grund der Berufszählungsergebnisse vom Jahre

---

[1]) Die früher veröffentlichten Angaben, die in dem Beiheft zu den „Amtl. Nachrichten d. Reichsversicherungsamtes" 1898 und im 2. Beiheft der „Amtl. Nachrichten d. Reichsversicherungsamtes" 1903 erschienen sind, können nur in eng begrenztem Umfange für wissenschaftliche Zwecke benutzt werden, da die Zahlen der Versicherten, aus denen die Rentenempfänger hervorgingen, nicht bekannt sind. Mit Recht hat Mayet (siehe „Berufliche Morbiditätsstatistik", Abhandl. i. „Die Statistik in Deutschland", herausg. von Fr. Zahn, München 1911) vor der wissenschaftlichen Verwendung solcher Statistiken, die er „Verwaltungsstatistiken" nannte, gewarnt.

1907 in Preußen Zahlen, die sich auf die Sterblichkeit bei den großen Berufsabteilungen und bei einzelnen Berufsgruppen erstrecken, veröffentlicht. Unsere Tafel 99 enthält diese Ziffern.

Tafel 99.

Sterbeziffer der über 15 Jahre alten Personen männlichen Geschlechts in Preußen nach Berufs- und Altersgruppen 1906/1908.

	Berufsgruppen	Unter 1000 Lebenden starben im Alter von								Überhaupt
		über 15—20 Jahren	über 20—25 Jahren	über 25—30 Jahren	über 30—40 Jahren	über 40—50 Jahren	über 50—60 Jahren	über 60—70 Jahren	70 Jahren und darüb.	
A	1. 2. Landwirtschaft, Gärtnerei u. Tierzucht, Forstwirtschaft u. Fischerei . .	3,18	4,75	4,21	5,14	8,60	16,30	38,20	147,53	14,01
B	3. Bergbau, Hütten- und Salinenwesen, Torfgräberei .	5,68	6,54	6,06	6,74	10,20	20,54	40,68	83,55	8,68
B	4. Industrie der Steine und Erden, auch Steinbrüche, Glashütten	2,89	3,50	3,65	5,91	9,78	18,95	41,08	158,43	8,63
B	5. Metallverarbeitung, auch Drahtzieherei	4,19	6,49	5,55	7,13	13,56	27,34	65,79	251,35	11,47
B	6. Maschinen, Werkzeuge, Instrumente, Apparate .	2,59	3,53	3,38	3,86	7,17	16,79	42,29	178,83	7,09
B	7. Chemische Industrie . .	2,69	3,77	3,16	4,13	7,02	13,65	30,50	111,73	6,53
B	8. Textilindustrie	3,30	4,66	3,79	4,69	9,00	20,85	55,17	250,52	13,66
B	9. Papier, auch Buchbinderei	3,76	5,80	3,75	4,66	7,46	18,88	36,35	162,39	8,66
B	10. Leder, auch Lohmühlen, Tapezierarbeiten	4,05	5,41	4,54	5,63	11,30	26,24	56,28	210,97	11,93
B	11. Holz- und Schnitzstoffe .	3,99	5,85	5,14	6,45	12,57	26,02	58,85	238,90	14,53
B	12. Nahrungs- und Genußmittel, auch Destillation .	3,36	5,07	4,41	6,33	12,41	27,31	62,54	232,08	11,33
B	13. Bekleidung u. Reinigung	5,09	8,11	6,42	7,72	13,64	28,30	62,66	230,82	18,47
B	14. Baugewerbe	3,42	4,92	4,76	6,77	14,77	27,16	60,92	221,17	12,66
B	15. Polygraphische Gewerbe .	4,48	6,59	4,94	7,00	11,93	25,15	60,32	135,42	9,37
C	16. Handelsgewerbe	4,44	6,97	6,52	8,54	15,09	30,33	59,25	153,36	15,66
C	17. Verkehrsgewerbe (einschl. Straßenreinigung, Abdeckerei, Leichenbestatt.)	6,74	5,96	5,29	6,80	11,67	23,94	48,81	177,82	11,92
C	18. Beherbergung und Erquickung	2,80	4,67	5,80	10,17	19,86	35,70	62,42	150,46	17,74

(Nach „Zeitschr. d. Kgl. Preuß. Statist. Landesamts" 1912 Jahrg. 52 Abt. 1.)

Die Tafel 99 zeigt, daß die einzelnen Abteilungen und Gruppen sehr verschieden große Sterblichkeitsziffern aufweisen; die Gesamtsterblichkeit beträgt z. B. bei der Landwirtschaft 14,01 ‰, bei der chemischen Industrie dagegen nur 6,53 ‰. Erklärt werden diese Unterschiede durch die Zustände (Berufsarbeit, Löhne, Altersbesetzung usw.), die wir oben im Zusammenhang mit den Krankheits- und Invaliditätsverhältnissen erörtert haben.

Aber auch die in der Tafel 99 wiedergegebene preußische Statistik ist unzulänglich, weil sie Einzelheiten zu wenig berücksichtigt. Es muß nachdrücklich gefordert werden, daß auch im Deutschen Reich ausführliche Angaben über die Berufssterblichkeit, wie sie in England seit 1851 und neuerdings auch in den Niederlanden veröffentlicht wurden

(siehe S. 61 u. 62), dargeboten werden. In Ermangelung deutscher Ziffern seien hier die englischen Ergebnisse, über welche **Prinzing** berichtet hat, angeführt; unsere Tafel 100 bietet einiges aus diesem Zahlenstoff.

Tafel 100.

Berufssterblichkeit in England 1900—1902 und 1910—1912.

Berufe	Sterbfälle auf 1000 Lebende						Standardziffern*)			
	20—25 Jahre	25—35 Jahre	35—45 Jahre	45—55 Jahre	55—65 Jahre	65—75 Jahre	überhaupt 1910—12	überhaupt 1900—02	Lungentub. 1910—12	Lungentub. 1900—02
Pfarrer	1,33	2,17	3,15	7,62	21,92	50,47	443	524	45	55
Gärtner	2,22	3,05	4,27	7,96	18,08	44,07	457	563	76	88
Landwirtsch. Arbeiter	2,61	3,20	4,90	8,12	17,32	45,60	470	621	70	90
Pächter	1,49	3,11	4,60	8,59	20,01	51,32	495	596	56	76
Lehrer	3,43	2,61	4,10	8,96	23,07	56,36	506	665	70	113
Bankbeamte	1,80	2,30	3,71	10,16	24,79	53,97	524	—	65	—
Juristen	1,55	3,19	5,71	11,99	25,91	51,96	627	750	58	92
Maurer	2,32	3,49	5,71	12,82	25,19	57,38	640	—	128	—
Baumeister	2,24	3,07	4,76	12,48	30,67	77,04	656	—	69	—
Bäcker	2,84	3,42	6,11	12,84	27,09	59,77	664	922	117	165
Ärzte	4,27	3,65	7,01	13,84	26,11	57,09	693	952	64	65
Maschinenfabrikation	3,67	4,31	7,22	13,63	30,00	75,69	749	913	131	163
Buchdrucker	4,43	4,71	7,88	14,58	28,46	66,04	773	994	208	300
Kunstschreiner	3,85	4,84	7,72	15,45	29,20	65,53	793	—	202	—
Schneider	3,52	4,45	7,84	15,31	30,86	69,66	799	1027	186	248
Textilindustrie	3,74	4,21	6,88	14,72	34,70	88,03	801	1055	128	190
Schuhmacher	4,61	5,38	8,47	14,89	29,87	67,69	820	984	222	271
Kontorpersonal	3,92	5,13	8,81	16,41	31,94	69,19	863	—	193	—
Maler	3,30	4,49	8,63	16,62	33,97	75,03	865	—	153	—
Metzger	2,66	4,19	8,09	18,06	35,87	68,84	885	1148	126	182
Fuhrleute	3,45	5,09	9,44	16,62	34,23	83,71	900	1153	144	173
Friseure	3,67	5,55	9,34	17,76	34,78	69,14	933	1196	204	258
Kohlenträger	2,39	5,38	10,31	19,20	33,64	70,77	957	1221	168	213
Bierbrauer	3,38	6,75	9,95	20,15	36,06	73,18	1023	1393	181	248
Dock- und Werftarbeiter	4,53	7,63	12,46	21,99	36,44	66,58	1127	1481	231	308
Gasthauspersonal	3,55	8,25	14,42	23,06	33,54	60,18	1173	1883	294	543
Töpfer, Steingutfabrikat.	3,38	5,63	10,77	25,15	47,60	95,19	1196	1493	282	285
Gastwirte	2,47	8,02	14,26	24,54	41,78	85,44	1265	1781	196	271
Messerschmiede	5,10	6,99	15,38	24,37	44,63	93,63	1285	1566	466	533
Hilfsarbeiter	6,51	8,65	14,08	24,21	44,76	96,15	1300	—	263	—
Steinhauer (Sandstein)	2,59	7,34	14,37	28,39	54,40	92,35	1427	—	415	—
Seeleute	9,28	12,21	16,39	27,01	45,08	84,09	1485	1646	257	262
Hausierer	6,76	11,26	18,39	27,73	44,48	76,67	1507	2007	419	454
Feilenhauer	4,81	8,03	15,92	34,24	50,88	102,73	1529	1700	434	387
Alle Berufstätigen	3,52	4,71	7,94	14,65	30,04	67,52	790	1004	141	187
Alle Männer	3,72	4,80	7,99	14,65	29,69	63,07	790	1000	142	186

*) Die Sterblichkeit der männlichen Bevölkerung von 25—65 Jahren in England 1900—1902 = 1000.

(Nach Fr. Prinzing.)

Der Tafel 100 entnimmt man, daß in England die Sterblichkeit aller Berufstätigen sich von der aller Männer nicht unterscheidet. Die Sterblichkeit war im Zeitraum 1910 bis 1912 geringer als 1900 bis 1902. Fassen wir die Ergebnisse der Jahre 1910 bis 1912 bei den einzelnen Berufsarten, soweit es sich um Arbeiter handelt, ins Auge, so zeigt sich,

daß Gärtner und landwirtschaftliche Arbeiter sehr günstig, dagegen z. B. Bierbrauer und Gasthauspersonal sowie Steinhauer, Messerschmiede usw. sehr ungünstig dastehen. Bemerkenswert sind Einzelheiten über die Todesursachen bei manchen Berufen; wir wählen hier als Beispiele die Ergebnisse bei den Bierbrauern und dem Gasthauspersonal aus, worüber die Tafel 101 unterrichtet.

Tafel 101.

Die Sterblichkeitsziffern der Bierbrauer und des Gasthofpersonals in England nach Altersklassen und Todesursachen 1900—1902 und 1910—1912.

Alter	Bierbrauer		Gastwirte		Gasthaus-personal		darunter 1910—1912		alle Männer	
	1900 bis 1902	1910 bis 1912	1900 bis 1902	1910 bis 1912	1900 bis 1902	1910 bis 1912	Bar-bedien.	Kellner	1900 bis 1902	1910 bis 1912
					Sterbfälle auf 1000 Lebende:					
15—20 Jahre . .	2,31	3,54	2,04	1,19	3,03	2,08	2,11	2,49	3,49	2,88
20—25 „ . .	5,18	3,38	4,94	2,47	6,00	3,55	4,48	3,18	4,77	2,72
25—35 „ . .	7,55	6,75	13,87	8,02	14,51	8,25	12,81	5,77	6,38	4,80
35—45 „ . .	16,59	9,95	22,50	14,26	27,61	14,42	22,42	11,81	10,94	7,99
45—55 „ . .	26,46	20,15	31,07	24,54	25,13	23,06	34,01	21,58	18,67	14,65
55—65 „ . .	48,60	36,06	52,15	41,78	43,88	33,54	44,62	35,36	34,80	29,69
über 65 „ . .	117,69	97,00	127,75	114,21	103,02	73,43	68,92	92,95	94,61	85,23
					Standardziffern:*)					
alle Sterbfälle .	1393	1023	1781	1265	1883	1222	1724	1050	1000	790
Lungentuberk. .	248	181	271	196	543	309	434	281	186	142
Krankheiten der Atmungsorg. .	221	158	252	156	324	192	298	147	174	119
Krankheiten der Kreislauforg. .	205	150	207	173	211	189	263	133	144	118
Krankheiten des Nervensystems	113	110	188	144	146	113	148	104	105	86
Krankheiten der Leber	73	39	201	123	49	37	63	24	30	16
Alkoholismus .	47	23	111	59	131	37	53	11	16	4
Krebs	119	125	74	85	94	102	137	101	68	78

*) Die Sterblichkeit der männlichen Bevölkerung von 25—65 Jahren in England 1900—1902 = 1000.

(Nach Fr. Prinzing.)

Man ersieht aus der Tafel 101, daß die Berufsarten, welche sich mit der Herstellung und dem Verkauf alkoholischer Getränke befassen, besonders ungünstige Sterblichkeitsziffern sowohl im allgemeinen, wie namentlich bei Lungentuberkulose, Leberkrankheiten und Alkoholismus, darbieten.

c) Fürsorge für die Arbeiter.

Die Gesundheitszustände der Arbeiter werden, wie dargelegt wurde, hauptsächlich durch ihre wirtschaftliche Lage im allgemeinen und durch die Berufsarbeit beeinträchtigt. Und wenn auch in den letzten Jahrzehnten manche umfassende Maßnahmen Verbesserungen gebracht haben, so ist doch noch unzweifelhaft viel Elend vorhanden. Daß noch bedeutende

Fortschritte erreicht werden müssen, ist gewiß; aber unklar ist es, welche in der Gegenwart gangbaren Wege einzuschlagen sind, um zum Ziel zu gelangen.

Es gilt zunächst, die wirtschaftlichen Verhältnisse so zu gestalten, daß die Arbeiter eine den gesundheitlichen Mindestanforderungen entsprechende Lebensweise hinsichtlich der Ernährung, Wohnung, Kleidung usw. führen können. Dazu sind angemessene Löhne neben erschwinglichen Nahrungsmittel- und Mietpreisen erforderlich. Aber in der Lohnfrage liegt eben die größte Schwierigkeit. Auch die Arbeit hat einen Preis, der sich nach Angebot und Nachfrage richtet; da jedoch ein gewaltiges Menschenheer Arbeit anbietet, sinkt ihr Wert auf das Mindestmaß, solange zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern das „Spiel der Kräfte“ frei bleibt. Zu wünschen ist, daß den Arbeitern so viel zuerteilt wird, wie für Gesundheitspflege und Sittlichkeit nötig ist. Und es sei betont, daß dem Arbeiter, der bei seiner Tätigkeit Leben und Gesundheit in Gefahr bringt, nicht nur ein angemessener Lohn, sondern auch die verdiente Anerkennung, die er für sein Gemütsleben braucht, zu gewähren ist. Mit Recht hat Kaufmann, der Präsident des Reichsversicherungsamtes, auf das von einem elsässischen Großindustriellen 1867 ausgesprochene Wort: „Le fabricant doit autre chose à ses ouvriers que le salaire“ hingewiesen. Aber die Arbeitgeber, die die geldlichen Lasten zu tragen haben, antworten, daß die Rücksichtnahme auf die Gesundheit der Arbeiter zwar sehr edel, jedoch wenig gewinnbringend ist; „mit Hygiene und Ethik kann man keine Eisenbahnen, Brücken, Warenhäuser usw. bauen“. Kürzlich hörte ich, daß ein württembergischer Industrieller, der „die Fabrik für Jesus erobern“ wollte, zugrunde gegangen ist. Ein einzelner Unternehmer, der sich lediglich von moralischen Grundsätzen leiten lassen wollte, kann eben im Wettbewerb nicht bestehen, wenn seine Berufsgenossen ihre Geschäfte nur vom Standpunkt der Gewinnsucht aus führen. Man muß die Löhne so begrenzen, daß das Unternehmen noch einen Nutzen bringen kann; sonst gibt es in diesem Betriebe keine Arbeit und auch keinen Lohn mehr. Angesichts dieses ungeheuren Zwiespaltes konnte das „freie Spiel der Kräfte“, das zu den schlimmsten gesundheitlichen Mißständen geführt hatte, nicht geduldet werden; die Staatsgewalt mußte dem manchesterlichen „laisser aller“ ein Ende machen und hat durch wirkungsvolle Gesetze eingegriffen. Hierbei wurden zwar nicht die Lohnfragen, wohl aber zahlreiche andere Angelegenheiten der Lohnarbeit geregelt.

England, von wo der Industrialismus seinen Anfang nahm, und wo sich daher auch die schweren Gesundheitsschäden zuerst zeigten, ist auf dem Gebiet des Arbeiterschutzes (siehe S. 35) vorangegangen. Auch in Deutschland wurde schon in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts, namentlich als die Militärtauglichkeit in manchen Industriebezirken zu sinken begann, die Aufmerksamkeit auf die elende Lage der erwerbstätigen Jugend gelenkt. Aber erst im Jahre 1869 wurde die deutsche Arbeiterschutzgesetzgebung (siehe S. 38) geschaffen; nach mehrfachen Änderungen liegt sie jetzt in Gestalt der seit dem 1. Januar 1910 geltenden Gewerbeordnung für das Deutsche Reich vor.

Die Gewerbeordnung enthält zunächst im § 120a und b folgende Vorschriften:

„Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Gerätschaften so einzurichten und zu unterhalten und den Betrieb so zu regeln, daß die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet.

Insbesondere ist für genügendes Licht, ausreichenden Luftraum und Luftwechsel, Beseitigung des bei dem Betrieb entstehenden Staubes, der dabei entwickelten Dünste und Gase sowie der dabei entstehenden Abfälle Sorge zu tragen

Ebenso sind diejenigen Vorrichtungen herzustellen, welche zum Schutze der Arbeiter gegen gefährliche Berührung mit Maschinen und Maschinenteilen oder gegen andere in der Natur der Betriebsstätte oder des Betriebes liegende Gefahren, namentlich auch gegen die Gefahren, welche aus Fabrikbränden erwachsen können, erforderlich sind ......

In Anlagen, deren Betrieb es mit sich bringt, daß die Arbeiter sich umkleiden und nach der Arbeit sich reinigen, müssen ausreichende, nach Geschlechtern getrennte Ankleide- und Waschräume vorhanden sein. Die Bedürfnisanstalten müssen so eingerichtet sein, daß sie für die Zahl der Arbeiter ausreichen, daß den Anforderungen der Gesundheitspflege entsprochen wird und daß ihre Benutzung ohne Verletzung von Sitte und Anstand erfolgen kann."

Die genannten Bestimmungen werden noch durch Anordnungen, die im Unfallversicherungsgesetz (§ 848 der RVO.) enthalten sind, ergänzt; diese lauten:

„Die Berufsgenossenschaften sind verpflichtet, die erforderlichen Vorschriften zu erlassen über:
1. die Einrichtungen und Anordnungen, welche die Mitglieder zur Verhütung von Unfällen in ihren Betrieben zu treffen haben;
2. das Verhalten, das die Versicherten zur Verhütung von Unfällen in den Betrieben zu beobachten haben."

Bemerkt sei ferner, daß der Bundesrat befugt war, für einzelne Gewerbe, in welchen den Arbeitern besondere Gefahren drohen, Sondervorschriften zu erlassen. Demgemäß wurde eine Reihe von Verordnungen, die noch jetzt in Kraft sind, bekanntgegeben, z. B. über die Herstellung von Bleifarben und anderen Bleiprodukten, über die Arbeit in Buchdruckereien, Steinbrüchen, Lumpensortieranstalten, über die Herstellung von Zigarren u.a.m.

Die Gewerbeordnung befaßt sich ferner mit der Arbeitszeit, der Sonntagsruhe und der Nachtarbeit. Soweit sich diese Vorschriften auf Wöchnerinnen, Kinder und Jugendliche beziehen, sind sie schon in den vorangegangenen Abschnitten angeführt worden. Die Arbeitszeit für Erwachsene wurde jedoch erst durch die auf Seite 180 genannte Verordnung des Reichsamtes für wirtschaftliche Demobilmachung vom 23. November 1918 geregelt, und zwar auf 8 Stunden festgesetzt. Dadurch haben dann auch die in der Gewerbeordnung enthaltenen Bestimmungen über die Frauenarbeit ihre Bedeutung verloren. Die Sonntagsruhe ist, wie schon Seite 182 erwähnt wurde, den Arbeitern durch die Gewerbeordnung gewährleistet. Ein Verbot der Nachtarbeit für das Bäcker- und Konditorengewerbe brachte die Verordnung vom 23. November 1918 (RGBl. S. 1329).

Zu den wichtigsten Vorschriften der Gewerbeordnung gehört die im § 139b enthaltene Bestimmung über die Gewerbeaufsicht, die „ausschließlich oder neben den ordentlichen Polizeibehörden besonderen, von den Landesregierungen zu ernennenden Beamten zu übertragen" ist. Die Bundesstaaten hatten demgemäß Gewerbeaufsichtsämter, in denen Ingenieure, Chemiker, Ärzte und Volkswirtschaftler tätig sind, geschaffen. Von besonderem gesundheitlichem Wert ist hierbei die Wirksamkeit der ärztlichen Aufsichtsbeamten, deren es jetzt in Preußen fünf, in Bayern, Sachsen, Württemberg und Baden je einen gibt.

Das Betriebsrätegesetz vom 4. Februar 1920 (RGBl. S. 147) ist geeignet, die Tätigkeit der Gewerbeaufsichtsbeamten zu unterstützen; es bestimmt in seinen §§ 66 und 78 u. a. folgendes:

„Der Betriebsrat hat die Aufgabe, auf die Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren im Betriebe zu achten, die Gewerbeaufsichtsbeamten und die sonstigen in Betracht kommenden Stellen bei dieser Bekämpfung durch Anregungen, Beratung und Auskunft zu unterstützen sowie auf die Durchführung der gewerbepolizeilichen Bestimmungen und der Unfallverhütungsvorschriften hinzuwirken .... Der Arbeiterrat hat die Aufgabe, auf die Bekämpfung der Unfall- und Gesundheitsgefahren seiner Gruppe im Betriebe zu achten ...., bei Kriegs- und Unfallbeschädigten für eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung durch Rat, Anregung, Schutz und Vermittlung bei dem Arbeitgeber und den Mitarbeitnehmern tunlichst Sorge zu tragen."

Bemerkt sei noch, daß, wie der einzelne Unternehmer bei seinen sozialen Fürsorgemaßnahmen auf den geschäftlichen Wettbewerb mit seinen Berufsgenossen Rücksicht nehmen muß, auch der einzelne Staat bei seiner sozialen Gesetzgebung nicht zu weit gehen darf, wenn die anderen Staaten zurückbleiben, da er sonst das Bestehen der Wirtschaftsunternehmungen im eigenen Lande gefährden könnte. Darum ist es nötig, daß möglichst alle in Betracht kommenden Staaten einheitlich den Arbeiterschutz regeln. Auf Grund internationaler Vereinbarungen, die sich an die internationale Arbeiterschutzkonferenz vom Jahre 1890 zu Berlin anschlossen, wurde 1906 in Bern ein Internationales Übereinkommen betr. Verbot der Nachtarbeit der in der Industrie beschäftigten Frauen und ein solches betr. Verbot der Verwendung weißen (gelben) Phosphors in der Zündholzindustrie angenommen. Bei der Vorbereitung dieser Verbote hat sich das Internationale Arbeitsamt[1]) in Basel große Verdienste erworben. Im Versailler Friedensvertrag[2]) (siehe RGBl. 1919 S. 687 ff.), der sich in seinem Teil 13 mit der Organisation der Arbeit befaßt, wird u. a. betont, daß zur Beseitigung von Arbeitsbedingungen, „die für eine große Anzahl von Menschen mit so viel Ungerechtigkeit, Elend und Entbehrungen verbunden sind", internationale Vereinbarungen erforderlich sind; die Regierung der Vereinigten Staaten wurde gebeten, die erste diesen Zwecken dienende Versammlung nach Washington zu berufen. Die Washingtoner Konferenz, der dann entsprechende Tagungen in Genua und Genf folgten, fand vom 29. Oktober bis 29. November 1919 statt; sie stimmte u. a. den Vertragsempfehlungen betr. Achtstundentag sowie betr. der Arbeitsruhe der Frauen vor und nach der Entbindung zu. Die Aussichten, daß sich auf Grund des Friedensvertrages die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter bessern werden, sind wohl vorhanden; aber man muß bedenken, daß der Friedensvertrag und der Völkerbund[3]) recht schwankende Grundlagen darstellen.

Von größter Tragweite sind neben den gesetzlichen Vorschriften, die sich mit dem Arbeiterschutz befassen, die Gesetze, welche die Arbeiter zur Versicherung gegen Krankheit, Unfälle und Invalidität verpflichten. Diese auch für die Krankheitsverhütung ungemein wichtigen Gesetze werden jedoch erst in dem Abschnitt „Die deutsche Sozialversicherung" erörtert.

Bedeutungsvoll sind ferner die Selbsthilfemaßnahmen, die sich die Arbeiter geschaffen haben, um ihre Gesundheitsverhältnisse zu verbessern. Dazu gehören insbesondere die Konsum- und Baugenossenschaften, welche für preiswerte Nahrungsmittel und Wohnungen sorgen. Aber am wichtigsten ist der Zusammenschluß in Gewerkschaften, welche angemessene Löhne und erträgliche Arbeitsbedingungen erwirken sollen. Das Recht, sich „zum Behufe der Erlangung günstiger Lohn- und Arbeitsbedingungen" zu vereinen, das sogenannte Koalitionsrecht, war den Arbeitern schon durch § 152 der

---

[1]) Das Amt gab eine wertvolle Zeitschrift „Bulletin des Internat. Arbeitsamtes" sowie zahlreiche Verhandlungsberichte und Einzelschriften (z. B. „Erster vergleichender Bericht über die zur Durchführung der Arbeiterschutzgesetze getroffenen Maßnahmen. Die Gewerbeaufsicht in Europa", Jena 1911) heraus.

[2]) In dem Friedensvertrag wurde auch die Bildung eines Internationalen Arbeitsamtes, das nach Genf verlegt wurde, angeordnet. Das Basler Amt wurde aufgelöst. Der Friedensvertrag enthielt auch bereits die Tagesordnung für die Washingtoner Konferenz; es sollte insbesondere über den Achtstundentag, Verhütung der Arbeitslosigkeit, Mutterschutz, Frauenarbeit und Kinderschutz verhandelt werden.

[3]) Die Vereinigten Staaten sind bereits 1919 aus dem Völkerbund ausgeschieden; ihre Vertretung hat an der Washingtoner Konferenz nur als Gast teilgenommen.



Abb. 57. Rauchabsaugung in einer großen Metallgießerei.



Abb. 58. Entstäubungsanlage in einer Fahrradfabrik.
Abb. 57 u. 58 stammen aus „Soziale Kultur u. Volkswohlfahrt", Berlin 1913 bei G. Stilke.



Abb. 59. Ersatz der Handarbeit durch elektrisch beheizte Setzmaschinen.

Gewerbeordnung zugesprochen worden; in der Praxis durfte jedoch vor dem Weltkrieg nicht immer von diesem Recht Gebrauch gemacht werden. Durch Art. 159 der Reichsverfassung ist nun aber „für jedermann und für alle Berufe die Vereinigungsfreiheit zur Wahrung und Förderung der Arbeits- und Wirtschaftsbedingungen gewährleistet". Zu wünschen ist freilich, daß das Koalitionsrecht nicht zu Wirtschaftskämpfen führt, sondern sie verhütet; dazu ist erforderlich, daß Arbeiter und Arbeitgeber gegenseitige Rücksicht üben.

Viele Unternehmer haben aus sozialem Pflichtgefühl heraus und zugleich mit Rücksicht auf die Leistungsfähigkeit ihrer Betriebe Arbeiterwohlfahrtsmaßnahmen geschaffen. Hierbei sind am bedeutungsvollsten die Einrichtungen, die der Krankheitsverhütung in den Betrieben dienen. Einsichtsvolle Arbeitgeber haben über die Vorschriften der Gewerbeaufsichtsbeamten hinaus die Betriebsräume einwandfrei gestaltet und für die Beseitigung von Gasen, Staub, Hitze usw. mit Hilfe von kostspieligen technischen Mitteln nach Möglichkeit gesorgt. Unsere Abbildungen 57 und 58 bieten hierfür Beispiele. Sehr wichtig ist auch, daß bei gesundheitsschädlichen Verrichtungen, wo es irgend tunlich ist, die Handarbeit durch Maschinenarbeit ersetzt wird. So haben leistungsfähige Buchdruckereien Maschinen angeschafft, mit denen der Satz hergestellt wird; hierbei kommen die Hände des Arbeiters weit weniger mit Blei und Staub in Berührung als beim Handsatz. Unsere Abbildung 59 gibt einen Einblick in die Tätigkeit der Maschinensetzer.

Außerdem wurden Speiseanstalten, Wohnhäuser, Krippen, Badeanstalten, Krankenhäuser, Turnhallen, Erholungs-

heime u. a. m. durch manche Unternehmer für ihre Arbeiter geschaffen. Hervorzuheben sind schließlich auch die Einrichtungen, die der hygienischen Belehrung der Arbeiter dienen, insbesondere die Museen für Volkswohlfahrt. Die Arbeiter müssen unterrichtet werden, wie sie sich im allgemeinen und besonders bei der Berufsarbeit zu verhalten haben, um an der Gesundheit keinen Schaden zu erleiden. Allen Fürsorgemaßnahmen würde der volle Erfolg versagt bleiben, wenn die Arbeiter nicht selbst eifrig mithelfen, ihre hygienischen Zustände zu verbessern.

Literatur: *1.* **J. Altenrath:** *„Aufgaben und Organisation der Fabrikwohlfahrtspflege in der Gegenwart", Schriften d. Zentralstelle f. Volkswohlf., N. F. Heft 5, Berlin 1910. — 2.* **Bachfeld:** *siehe unten Ziffer 14. — 3.* **St. Bauer:** *a) „Fortgang und Tragweite der internationalen Arbeiterschutzverträge", Annalen f. soz. Pol. u. Gesetzgeb. 1913 Bd. 3 Heft 1 u. 2; b) „Arbeiterschutzgesetzgebung", Handw. d. Staatsw. 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 1. — 4.* **August Bebel:** *„Zur Lage der Arbeiter in den Bäckereien", Stuttgart 1910. — 5.* **A. Bender:** *„Unfallverhütung", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 6.* **R. Bernstein:** *„Die Berufskrankheiten der Land- und Forstarbeiter", Stuttgart 1910. — 7.* **H. Betke:** *„Gewerbehygiene", Berlin 1924, Sammlung Göschen Nr. 350. — 8.* **E. Brezina:** *siehe unten Ziffer 33f. — 9.* **O. Burkard:** *„Über die Morbilitätsbewegung in der österreichischen Arbeiterkrankenversicherung", Das Österr. Sanitätswesen 1915 Nr. 22/23. — 10.* **B. Chajes:** *„Grundriß der Berufskunde und Berufshygiene", Detmold 1919. — 11.* **F. Curschmann:** *„Chemische Großindustrie", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 12.* **A. Fischer:** *a) „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse in der Ortskrankenkasse für Leipzig und Umgebung", Münch. med. Wochenschr. 1910 Nr. 20; b) siehe S. 12 Fußnote 5. — 13.* **R. Fischer:** *a) siehe unten Ziffer 32 b; b) „Hygiene der chemischen Großindustrie", Weyls Handb. d. Hyg. 2. Aufl., Leipzig 1921, Bd. VII. — 14.* **E. Francke:** *gemeinsam mit Bachfeld: „Die Meldepflicht der Berufskrankheiten", Schrift a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg., herausg. vom Institut f. Gewerbehyg. in Frankfurt a. M., Berlin 1921. — 15.* **W. Friedrich:** *„Die Phosphornekrose in Ungarn", Schriften d. ungar. Vereinigung f. gesetzl. Arbeiterschutz Heft 4, Jena 1910. — 16.* **H. Gerbis:** *siehe unten Ziffer 33e. — 17.* **W. Hanauer:** *„Die Versicherung der Gewerbekrankheiten", Zeitschr. f. Versicherungsmedizin 1910 Nr. 11 u. 12. — 18.* **K. Hartmann:** *a) „Wichtige Fragen der Unfallverhütung", Sozial-Technik 1910 Heft 1—3; b) „Arbeiterschutz", Art. i. „Soziale Kultur u. Volkswohlf. während d. ersten 25 Regierungsjahre Kaiser Wilhelm II.", Berlin 1913. — 19.* **K. Hauck:** *„Fabrikhygiene", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 20.* **Fr. Holtzmann:** *a) „Die Bedeutung der Gewerbehygiene für Arzt und Techniker", Zentralbl. f. Gewerbehyg. 1913 Heft 1; b) „Hygiene der Tabakarbeiter", „Hygiene der Lederindustrie", „Hygiene der Roßhaarspinnerei und Bürstenfakrikation", Abhandl. i. Weyls Handb. d. Hyg. 2. Aufl., Leipzig 1914, Bd. VII. — 21.* **L. Katscher:** *„Zwei Musterarbeitgeber", Kultur u. Fortschritt Nr. 199, Gautzsch bei Leipzig 1908. — 22.* **P. Kaufmann:** *„Über Bedeutung und Erfolge der gewerblichen Unfallverhütung", Zeitschr. f. Gewerbehyg., Unfallverhütung u. Arbeiterwohlf. 1913 Nr. 9 u. 10. — 23.* **Fr. Kölsch:** *a) „Entwicklung, Wege und Ziele des gewerbeärztlichen Dienstes", Arch. f. soz. Hyg. 1912 Bd. VII Heft 1; b) siehe Fußnote 3 S. 30; c) „Arbeit, bezw. Beruf in ihrem Einfluß auf Krankheit und Sterblichkeit", Abh. i. „Krankheit u. soz. Lage", München 1913; d) „Untersuchungen über die gewerbliche Quecksilbervergiftung", Zentralbl. f. Gewerbehyg. 1919 S. 11 ff.; e) „Fürsorge in gewerblichen Betrieben", Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspfl. i. Deutschen Reich", Berlin 1923. — 24.* **K. B. Lehmann:** *siehe Fußnote 1 S. 31. — 25.* **W. Lindemann:** *„Hygiene der Bergarbeiter", Weyls Handb. d. Hyg. 2. Aufl., Jena 1913, Bd. VII. — 26.* **H. Pach:** *„Die Berufs-Erkrankungs-, Sterblichkeits- und Unfallverhältnisse der ungarischen Industriearbeiter", Deutsch. med. Wochenschr. 1914 Nr. 22 u. 23. — 27.* **Fr. Prinzing:** *siehe Literatur S. 68 Ziffer 16 d. — 28.* **S. Rosenfeld:** *a) „Die Gesundheitsverhältnisse der Wiener Arbeiterschaft", Statistische Monatsschrift 1905 Sept. u. 1906 Jan. bis Mai; b) „Zur Gesundheitsstatistik der Berufe", Med. Reform 1906 Nr. 32; c) „Berufliche Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik", Wien. klin. Wochenschr. 1910 Nr. 33 u. 34; d) „Die Morbidität im Wiener Buchdruckgewerbe", Wien. klin. Wochenschr. 1912 Nr. 3, 4 u. 5; e) „Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse der österreichischen Arbeiter", Arch. f. soz. Hyg. 1914 Bd. 9 S. 273 ff. — 29.* **A. Salomon:** *„Industrielle Wohlfahrt als neue Philosophie", Soz. Praxis 1922 Nr. 43. — 30.* **P. Schmidt:** *siehe unten Ziffer 33e. — 31.* **F. Schweninger:** *„Die Verbesserung der Verhältnisse in den gesundheitsgefährlichen Betrieben durch die fortschreitende Ersetzung der Handarbeit durch die Maschinenarbeit", Concordia 1911 Nr. 19. — 32.* **Th. Sommerfeld:** *a) „Der Gewerbearzt", Jena 1905; b) gemeinsam mit R. Fischer: „Liste der gewerblichen Gifte", Jena 1912. — 33.* **L. Teleky:** *a) „Gewerbekrankheiten und ihre Verhütung", Österr. Viertelj. f. Gesundheitspfl. 1911 Heft 4; b) „2. Internationaler Kongreß für Berufskrankheiten", Österr. Viertelj. f. Gesundheitspfl. 1911 Heft 1 u. 2; c) „Die gewerbliche Quecksilbervergiftung", Schriften d. Instituts f. Gewerbehyg. zu Frank-*

furt a. M., Berlin 1912; d) „Vergiftungen, gewerbliche“, Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; e) gemeinsam mit Gerbis und P. Schmidt: „Die Frühdiagnose der Bleivergiftung“, Schriften a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg., herausg. vom Institut f. Gewerbehyg. i. Frankfurt a. M. Heft 5, Berlin 1919; f) gemeinsam mit Brezina: „Internationale Übersichten über Gewerbekrankheiten“, Schriften a. d. Gesamtgeb. d. Gewerbehyg., herausg. v. Instit. f. Gewerbehyg. i. Frankfurt a. M. Heft 9, Berlin 1921; g) „Die Bleifarbenverwendung zu Anstreicherarbeiten. Ihre Gefahr und deren Verhütung“, Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. Bd. 13 Heft 9, Berlin 1921. — 34. **Thiele:** *„Gewerbehygienisches im Tarifvertrage“, Reichsarbeitsbl. 1923 Nr. 13. — 35.* **Th. Weyl:** *„Handbuch der Arbeiterkrankheiten“, Jena 1908. — 36.* **J. Zadek:** *„Hygiene der Müller, Bäcker und Konditoren“, Weyls Handb. d. Hyg. 2. Aufl., Bd. VII, Leipzig 1913.*

2. Heimarbeiter.

Neben den Fabrikarbeitern, denen hauptsächlich der vorige Abschnitt gewidmet ist, müssen wir wenigstens noch zwei Arten von Lohnarbeitern unsere Aufmerksamkeit, nach Maßgabe des verfügbaren Raumes, zuwenden, nämlich den Heimarbeitern und den Dienstboten.

Der Heimarbeiter unterscheidet sich von den sonstigen Lohnarbeitern grundsätzlich vor allem dadurch, daß er in seiner eigenen Wohnung, also nicht in den Betriebsräumen des Unternehmers, seine Erwerbstätigkeit verrichtet. Zum Begriff des Heimarbeiters (Hausindustriellen) gehört, daß er im Auftrag eines gewöhnlich auswärts wohnenden Unternehmers Waren herstellt und diese zumeist durch einen Zwischenmeister abliefert. Die Handwerker, die mit den Verbrauchern am Ort unmittelbar in Verkehr treten, werden nicht zu den Hausindustriellen gerechnet, auch wenn sie ihren Beruf in ihrem Heim ausüben.

Unserer Tafel 26 (S. 76) war zu entnehmen, daß im Jahre 1907 nur 247700 selbständige Hausgewerbetreibende gezählt wurden, während sich im Jahre 1895 ihre Ziffer auf 287448 belief. In diesen Zahlen sind jedoch nicht alle Heimarbeiter einbegriffen. Sombart und Meerwarth meinen, daß die Zahl der deutschen Heimarbeiter, selbst noch unmittelbar vor dem Weltkrieg, etwa eine halbe Million betragen hat; aber auch sie betonen den Rückgang seit 1895. Die Verminderung der Heimarbeiterziffer fand sich vorzugsweise in der Textilindustrie, während sich in der Bekleidungsindustrie sogar eine Zunahme zeigte. Die Heimarbeit ist in manchen Gegenden Deutschlands sehr stark ausgedehnt, namentlich in Sachsen, in Berlin, im Rheinland, in Schlesien, aber auch in Hessen und Baden.

Heimarbeit verrichten die verschiedenartigsten Menschen. Vielfach sind es Kleinbauern, die namentlich in den Wintermonaten auf einen ihre wirtschaftliche Lage verbessernden Nebenerwerb bedacht sein müssen. Auch bei manchen Personen, insbesondere Frauen, aus der städtischen Bevölkerung handelt es sich lediglich um eine Füllarbeit, die den Verdienst des Familienoberhauptes ergänzen soll. Ganz anders aber sind die Zustände, wenn die Heimarbeit als Haupterwerb betrieben wird. Hier zeigen sich dann die Folgen davon, daß die oft an sich schon hygienisch unzulänglichen Wohnräume zugleich Arbeitsstätten sind, im grellsten Licht. Und dies gilt um so mehr, wenn die Heimarbeiter alte (vor der Geldentwertung vielleicht wohlhabend gewesene und an Handarbeit nicht gewöhnte), gebrechliche, verkrüppelte, kriegsverletzte Personen sind, sogenannte halbe, viertel oder achtel Kräfte, die in der Fabrik nicht mehr verwendet werden können.

Die Verbindung von Wohnung und Arbeitsstätte zeitigt nicht immer hygienische Mißstände; es kommt auch auf die Art der Heimarbeit und vor allem auf die gesamte wirtschaftliche Lage des Hausgewerbetreibenden an.

Wir geben hier zwei Bilder wieder, die besser, als Worte es vermögen, den Unterschied zwischen zwei verschiedenen Arten von Heimarbeitern kennzeichnen. Unsere Abbildung 60 gewährt einen Einblick in eine Schwarzwälder Bauernstube, in der fleißige Menschen, eine Frau mit ihren Kindern, Strohhüte herstellen. Das Bild stammt aus einem etwa 1820 erschienenen Werk des Kulturhistorikers A. Schreiber[1]), der sich für die wahrheitsgetreue Darstellung der Strohflechterei verbürgt. Man sieht einen sauber gehaltenen, hellen Raum, der offenbar nur für die Arbeit vorbehalten ist, die Mutter sowie ihre sieben anwesenden Kinder sind gut gekleidet und machen einen gesunden Eindruck. Heunisch[2]), der 1836 das gleiche Bild für sein Buch benutzt hat, schreibt dazu:

„Wie man unsere fleißigen Frauen und Mädchen die halbmüßigen Augenblicke mit dem Strickzeug ausfüllen sieht, so erblickt man die Schwarzwälderinnen auf den Bergen und in den Tälern, auf Spaziergängen und auf dem Weg nach dem Markt mit beladenem Rücken, das Strohflechtwerk in den schnellen Händen. Das gröbere Geflecht wird alsdann zur Verfertigung der gewöhnlichen Strohhüte verwendet, welche den Bürsten-, Zunder-, Glas- und Holzwaren-Hausierern, die sie in das Land verbreiten, abgegeben werden."

Während man aus der Abbildung 60 gewiß kein Elend herauslesen kann, kommt auf unserer Abbildung 61 die ganze wirtschaftliche und gesundheitliche Notlage einer verheirateten Heimarbeiterin zum Ausdruck. In dem verwohnten Raum wird geschneidert, gekocht und geschlafen. Die im Vordergrund sitzende erwachsene Tochter hat verbundene Hände und ist erwerbsunfähig; im Hintergrund sitzt die Mutter an einer Nähmaschine und schneidert für ein Konfektionshaus, um sich und die Kinder ernähren zu können.

Von mehreren Untersuchern ist festgestellt worden, daß sich die Heimarbeiter in einer äußerst traurigen wirtschaftlichen Lage befinden, da sie zum Teil menschenunwürdige Löhne erhielten. Ist es doch vorgekommen, daß z. B. Stickerinnen 2 Pfennige in der Stunde verdienten. Andererseits werden vielfach auch recht ansehnliche Summen von fleißigen Familien erzielt, so daß dieses Bargeld, in Verbindung mit einer auch nur kleinen Landwirtschaft, wie z. B. vielfach bei badischen Zigarrenarbeitern, eine sichere Grundlage für die Lebensführung gewährt. Man kann nicht bei allen Heimarbeitern von „Elend" sprechen, und nicht ohne Berechtigung hat P. Arndt betont: „Nichts hat dem Verständnis der Heimarbeit so sehr geschadet wie die Annahme, daß Heimarbeit gleich Heimarbeit sei."

Gewiß hat die Heimarbeit gegenüber der Fabrikarbeit auch Vorzüge. Der frühere badische Gewerbeaufsichtsbeamte Bittmann schildert, daß sich manche Fabrikarbeiter der Heimarbeit, ohne dazu gezwungen zu sein, zuwenden, weil sie, wenn auch nur scheinbar, selbständig sein wollen. „Zwischen seinen vier Pfählen jeder Aufsicht entzogen, nach eigenem Behagen die Arbeit beginnend, unterbrechend und schließend, nimmt der Heimarbeiter Isolierung, geringeren Verdienst, Unregelmäßigkeit des Arbeitseinkommens, Störung des Haushalts und des Familienlebens mit in Kauf; alle Unlustgefühle wiegen die Befriedigung, der Fabrik entronnen zu sein, nicht auf."

Im allgemeinen wird aber die Arbeit in der eigenen Wohnung nicht als eine Annehmlichkeit empfunden, da hierzu der Raum in der Regel untauglich ist. Hanauer, der über die Gesundheitsverhältnisse der rhein-mainischen Heimarbeiter berichtet hat, äußerte sich: „Meist ist das Wohnzimmer zugleich das Arbeitszimmer, in selteneren Fällen die

[1]) Alois Schreiber: „Deutschlands Nationaltrachten, Volksfeste und charakteristische Beschäftigungen", Band „Das Großh. Baden", Freiburg etwa 1820.

[2]) A. J. V. Heunisch: „Beschreibung des Großherzogthums Baden", Stuttgart 1836



Abb. 60. Das Strohflechten im Schwarzwald.
Aqua tinta-Bild aus dem Jahre 1820.



Abb. 61. Wohn- und Arbeitsraum einer Berliner Heimarbeiterin im Jahre 1922.
Nach einem Lichtbild der Allg. Ortskrankenkasse Berlin.

Küche oder das Schlafzimmer; in zahlreichen Fällen wird der Wohn- und Arbeitsraum aber auch als Schlafraum benutzt (z. B. in der Aschaffenburger Herrenkonfektion in 15 %, in der Schuhmacherei in 38 % der Fälle) und im Winter darin gekocht, selbst wenn eine Küche vorhanden ist, um Feuerung der Küche zu sparen." Schon diese wenigen Angaben zeigen, daß der Wohnung des Heimarbeiters vom hygienischen Standpunkte nicht mehr der Wert einer sonst gleichartigen, die ein Fabrikarbeiter innehat, zukommt. Denn viele Gesundheitsschäden, die wir in Fabriken und Werkstätten kennengelernt haben, Staub, üble Gerüche, Hitze usw. machen sich auch in dem „Betriebe" des Heimarbeiters geltend; und in diesem Betriebsraum wird dann noch gewohnt, gekocht und geschlafen.

Außer durch diese besondere Arbeitsart werden die Gesundheitszustände der Hausgewerbetreibenden vor allem durch die Höhe der jeweiligen Löhne maßgebend beeinflußt; von den Einnahmen hängen der Umfang der Arbeitszeit, die Ernährung, die Erholung usw. ab. Nach den von Hanauer 1913 veröffentlichten Angaben betrug die Arbeitszeit bei Schneidern, Webern, Holzschnitzern, Korbflechtern, Lebkuchenbäckern wenigstens 12, oft 15 und mehr Stunden (die Pausen abgerechnet). Als Hauptnahrungsmittel der Heimarbeiter führte er Kartoffeln, Brot, Gemüse, Hülsenfrüchte und Kaffeersatzstoffe an; Milch, Butter und Eier sind schon seltener, am seltensten ist Fleisch. Auch Bittmann berichtet, daß in den von ihm untersuchten badischen Heimarbeiterfamilien auf den Kopf und im Jahr nur 12,14 kg Fleisch entfielen, und daß die Durchschnittsmenge, welche zu derselben Zeit von den sonst gleichartigen Fabrikarbeiterfamilien verbraucht wurde, nicht erreicht worden ist. (Vergl. S. 106.)

Daß die für die Lebenshaltung entscheidenden Löhne bei den Heimarbeitern in der Regel unter dem Durchschnitt der anderen Arbeiter liegen, erkennt man aus Angaben[1]) der Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin. Immer wieder hebt diese Kasse hervor, daß die für jeden Hausgewerbetreibenden gezahlten Beiträge die auf ein Mitglied durchschnittlich entfallenden Ausgaben nicht gedeckt haben. Dazu kommt noch, daß von den Hausgewerbetreibenden „85 % dem weiblichen Geschlecht angehören und dadurch größere Risiken darstellen. Diese werden aber noch verstärkt, weil die Heimarbeit, bei der keine Kontrolle der Arbeitszeit, keine Prüfung der Arbeitsräume usw. besteht, vielfach sehr große Anforderungen an die Arbeitskraft der Frauen stellt und diese gesundheitlich oft genug schwer schädigt".

Die Tatsachen, die diesen Angaben zu entnehmen sind, hatten offenbar dazu geführt, daß die Heimarbeiter so lange außerhalb der Krankenversicherungspflicht gelassen wurden; erst durch die RVO., die am 1. Januar 1914 in Kraft trat, sind sie in die Krankenversicherung einbezogen worden. Über die Zahl der im Hausgewerbe beschäftigten Personen, die seit 1914 gegen Krankheit versichert waren, unterrichtet die Tafel 102.

Bemerkenswert ist, daß, nach Tafel 102, etwa 2½ mal soviel weibliche wie männliche Heimarbeiter versichert waren. Da ist es besonders erfreulich, daß nur ein so geringer Teil von ihnen den Landkrankenkassen, die namentlich auf dem Gebiete der Schwangeren- und Wöchnerinnenhilfe weniger als die Ortskrankenkassen leisteten, angehörten.

An dieser Stelle sei noch nachgetragen, daß, wie Hanauer mitteilt, die Arbeitsruhe der Heimarbeiterinnen nach der Niederkunft selten länger als einige Tage dauert; dagegen setzen sie in den meisten Fällen einige Wochen vor der Entbindung die Erwerbstätigkeit

[1]) Siehe „Bericht der Allgemeinen Ortskrankenkasse der Stadt Berlin für das Geschäftsjahr 1922", Berlin 1923; desgl. die vorhergehenden Berichte.

Tafel 102.

Die im Hausgewerbe tätigen Krankenkassenmitglieder im Deutschen Reich.

Jahr	Zahl der hausgewerblich beschäftigten Versicherten			Dabei trafen .... weibliche auf 100 männliche		
	Ortskrk.	Landkrk.	Zusammen	Ortskrk.	Landkrk.	Zusammen
1914	222040	23565	245605	288,4	348,8	293,4
1915	149330	10600	159930	365,9	480,5	372,1
1919	102882	10171	113053	222,9	604,9	239,5
1920	131382	8861	140243	213,6	532,9	223,9
1921	162699	8945	171644	239,7	402,5	245,5

(Nach Stat. d. Deutsch. Reichs 1924 Bd. 303.)

aus. Die Stillpflicht können Heimarbeiterinnen, da sie von dem Säugling nicht getrennt sind, leichter erfüllen als die Fabrikarbeiterinnen. Auch in der Möglichkeit, die Kinder zu beaufsichtigen und gegebenenfalls kranke Familienmitglieder zu pflegen, liegt ein gewisser Vorzug der Heimarbeit. Gerade aus diesem Grunde findet man unter den weiblichen Hausindustriellen besonders viele Verheiratete.

Der Tafel 104 ist zu entnehmen, daß in München die gegen Krankheit versicherten weiblichen Hausgewerbetreibenden ungefähr so viele Unterstützungsfälle aufweisen, wie dem Durchschnitt von allen weiblichen Versicherten entspricht.

Bezeichnend für den Geist, von dem noch 1911 die gesetzgebenden Körperschaften erfüllt waren, ist, daß die damals neugestaltete Invalidenversicherung[1]) nicht auf die Heimarbeiter ausgedehnt wurde. Bei der Beratung der Reichsversicherungsordnung führte damals der Regierungsvertreter im Ausschuß folgendes an:

„Die Zahl der durchschnittlich neu zu bewilligenden Invalidenrenten würde auf je 1000 Hausgewerbetreibende 16 betragen, während im Gesamtdurchschnitt aller Versicherten auf je 1000 Versicherte nur 7,3 Invalidenrenten bewilligt würden. Ebenso verhalte es sich mit den Altersrenten. Bei den Hausgewerbetreibenden betrage die Zahl der 70 und mehr Jahre alten Erwerbstätigen auf je 1000 Personen 41, im Gesamtdurchschnitt aller Versicherten 14,2. Eine allgemeine Zwangsversicherung der Hausgewerbetreibenden müßte daher mit sehr ungünstigen Verhältnissen rechnen, so daß ihre Einführung die anderen Zwangsversicherten stark benachteiligen würde."

Mit Recht, aber vergebens, erwiderte ein Abgeordneter im Ausschuß dem Regierungsvertreter, daß die genannten Zahlen gerade für die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf die Heimarbeiter sprechen; denn die Versicherung sei geschaffen worden, um Bedürftigen zu helfen, nicht aber um Geld zu sammeln.

Erst durch das Gesetz vom 30. April 1922 (RGBl. S. 465) sind alle Hausgewerbetreibende in die Invalidenversicherung einbezogen worden. Vorher waren allerdings schon die Heimarbeiter der Tabakindustrie und die mit Weberei und Wirkerei beschäftigten Hausgewerbetreibenden durch den hierzu besonders ermächtigten Bundesrat für invalidenversicherungspflichtig erklärt worden.

Durch das Hausarbeitsgesetz vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 976) suchte man auf die hygienische Gestaltung der Wohnräume, in denen Heimarbeit verrichtet wird, ein-

[1]) Siehe den Bericht der 16. Kommission über den Entwurf einer Reichsversicherungsordnung, 4. Buch: Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung, Nr. 946 der Reichstagsdrucksachen der 12. Legislaturperiode II. Session 1909/11.

zuwirken. Auf Grund dieses Gesetzes wurde durch eine Verordnung vom 17. November 1913 (RGBl. S. 751) bestimmt, daß Zigarren in Schlafzimmern nicht hergestellt werden dürfen; eigene Kinder dürfen erst nach Vollendung des 12. Lebensjahres, fremde überhaupt nicht bei der Herstellung von Zigarren beschäftigt werden, Personen mit ekelerregenden Krankheiten dürfen nicht tätig sein, und die Zigarren dürfen nicht mit Speichel befeuchtet werden. (Man sieht, daß hier, wie auch bei anderen Gelegenheiten[1]), die Heimarbeiterfürsorge mit dem Gesundheitsschutz der Verbraucher verbunden wurde.) Eine Verordnung vom 21. April 1920 (RGBl. S. 563) verbietet das Trennen, Schneiden und Sortieren von Lumpen in der Hausarbeit.

An die für die Gesundheitsverhältnisse der Heimarbeiter wichtigste Frage, die Lohnfrage, schritt man aber erst durch das Hausarbeitsgesetz vom 30. Juni 1923 (RGBl. I S. 472) heran. Der Erfolg dieses Gesetzes muß erst noch abgewartet werden.

Literatur: *1.* ***P. Arndt:*** *a) „Die Heimarbeit im rhein-mainischen Wirtschaftsgebiet", Bd. 1—3, Jena 1909—1913; b) „Die wirtschaftliche und soziale Bedeutung der Heimarbeit", Schriftenfolge „Heimarbeit und Verlag in der Neuzeit" Heft 1, Jena 1922. — 2.* ***K. Bittmann:*** *„Hausindustrie und Heimarbeit im Großh. Baden zu Anfang des 20. Jahrhunderts", Karlsruhe 1907. — 3.* ***Käthe Gäbel:*** *a) „Die Lage der Heimarbeiterinnen", Berlin 1913 (?); b) „Heimarbeit", Art. i. Handw. d. Wohlfahrtspfl., Berlin 1924. — 4.* ***W. Hanauer:*** *„Die hygienischen Verhältnisse der Heimarbeiter im rhein-mainischen Wirtschaftsgebiet", Jena 1914. — 5.* ***Holtzmann:*** *siehe Literatur S. 331 Ziffer 20b. — 6.* ***J. Kaup:*** *„Hygiene der Heimarbeit", Vortrag, gehalten a. d. 34. Versamml. d. Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspfl. 1910 Heft 1. — 7.* ***Friedrich Naumann:*** *„Hausindustrie", eine Reichstagsrede, Berlin 1908. — 8.* ***Helene Simon:*** *„Heimarbeit und Mutterschutz", Mutterschutz 1905/6 Heft 11. — 9.* ***Angelika Siquet:*** *„Der Hausarbeiter", Karlsruhe 1914. — 10.* ***R. Wilbrandt:*** *„Arbeiterinnenschutz und Heimarbeit", Jena 1906.*

3. Dienstboten.

Der Beruf der häuslichen Dienstboten — nur mit diesen, nicht aber mit den gewerblichen befassen wir uns hier — unterscheidet sich von der Tätigkeit fast aller anderen Arbeiter zunächst durch die Art der Entlöhnung. Denn bei den Hausgehilfen besteht nur der kleinere Teil des Lohnes in Geld; Beköstigung und Wohnung bilden den Hauptteil. Die häusliche Gemeinschaft mit dem Arbeitgeber verleiht der Tätigkeit der Dienstboten die Eigenart. Dazu kommt, daß der Dienstbotenberuf gewöhnlich durch eine gewissermaßen überaus lange Arbeitsbereitschaft gekennzeichnet ist.

Über die Zahl der Dienstboten haben uns bereits die Tafeln 20 (S. 70) und 82 (S. 290) unterrichtet. Wir sehen, daß die Ziffer der männlichen Dienstboten nur ganz gering ist. Bei den weiblichen Dienstboten fällt auf, daß sie von Berufszählung zu Berufszählung immer kleinere Verhältniszahlen aufweisen. Aber es handelt sich doch bei ihnen um eine gewöhnlich mehr als 1 Million Erwerbstätige umfassende Berufsklasse. Da seit 1914 alle Dienstboten gegen Krankheit versichert sein müssen, so erhalten wir aus der Krankenversicherungsstatistik ein zuverlässiges Bild von der gegenwärtigen Ausdehnung des Dienstbotenberufs; die entsprechenden Zahlen enthält unsere Tafel 103.

Man entnimmt der Tafel 103 zunächst, daß es 1921 über 15 mal soviel weibliche wie männliche Dienstboten gab. Ferner sieht man, daß die Zahl der Dienstboten vor dem Weltkrieg erheblich größer war als unmittelbar nach dem Kriege und auch noch 1921. Die Ursache hierfür liegt darin, daß einerseits viele vom Lande stammende Dienstboten während

[1]) Siehe den 41. Jahresbericht d. Kgl. Landesmedizinalkollegiums über d. Medizinalwesen im Kgr. Sachsen auf das Jahr 1909, Leipzig 1911.

Tafel 103.

Die den Beruf der häuslichen Dienstboten ausübenden Krankenkassenmitglieder im Deutschen Reich.

Jahr	Zahl der versicherten Dienstboten			Dabei trafen .... weibliche auf 100 männliche		
	Ortskrk.	Landkrk.	Zusammen	Ortskrk.	Landkrk.	Zusammen
1914	837573	445375	1282948	1017,0	343,3	631,2
1915	771782	340264	1112046	1449,6	705,5	1108,1
1919	672116	299526	971642	2006,9	1082,7	1597,9
1920	729894	300376	1030270	2107,8	977,2	1590,5
1921	735265	283746	1019011	2125,7	850,9	1520,7

(Nach Stat. d. Deutsch. Reichs 1924 Bd. 303.)

und in der ersten Zeit nach dem Kriege es nicht mehr nötig hatten, in Dienst zu gehen und sich in der Stadt mit einer mangelhaft gewordenen Kost zu begnügen, und daß andererseits viele früher wohlhabende städtische Familien nicht mehr in der Lage waren, sich ein Dienstmädchen zu halten.

Bemerkt sei hier noch, daß 1920 in allen Krankenkassen 60945 männliche und 969325 weibliche Dienstboten versichert waren. Da es im ganzen 6692548 weibliche Versicherte gab, so entfallen auf 100 weibliche Versicherte 14,5 weibliche Dienstboten.

Unter den weiblichen Hausgehilfen gibt es viele Arten: Köchinnen, Mädchen für alles, Zimmermädchen, Haushälterinnen, Kindermädchen, Jungfern, Stütze usw. Die meisten Dienstboten stehen im Alter von 17 bis 30 Jahren, nur wenige sind jünger als 16 Jahre, und auch die Altersklasse über 35 Jahre ist nur schwach besetzt.

Die allgemeine Lebenshaltung der Dienstboten hängt im wesentlichen von den jeweiligen Leistungen ab; denn nach diesen richtet es sich, in welchen Familien die Mädchen angestellt werden. Da gibt es große Unterschiede. Denn die Verpflegung und Wohnung der Dienstboten sind bei einer reichen Herrschaft anders wie bei Wenigbegüterten. Aber für die Gesundheitsverhältnisse der Hausgehilfen ist die Wohlhabenheit der Herrschaft nicht allein maßgebend; es kommt auch auf das sittliche Verhalten der Arbeitgeber an. Da die Dienstmädchen vielfach in dem Ort, wo sie tätig sind, keine Angehörigen besitzen, müssen sie hinsichtlich des Umganges in den freien Stunden einigermaßen geleitet werden; hieran fehlt es oft auch in reichen Häusern, ja bisweilen lassen gerade in diesen Kreisen die erwachsenen männlichen Familienmitglieder die erforderliche Sittlichkeit gegenüber den Hausgehilfinnen vermissen.

Über die Gesundheitsverhältnisse der Dienstboten finden sich in einer 1921 erschienenen bayerischen amtlichen Veröffentlichung[1]), die sich auf eine eingehende Untersuchung stützt, u. a. folgende Angaben:

„Die übergroße Mehrzahl der Hausangestellten ist ländlichen Ursprungs; vom Dorf, der kleinen Stadt aus geht der Strom der Dienenden Jahr für Jahr in die größeren Ansiedlungen, von hier bringen die Mädchen im allgemeinen robustere, widerstandsfähigere Körpereigenschaften mit, als sie der Städter in der Regel besitzt. Dazu kommt, daß sie ihrer Abstammung nach zum großen Teil aus Kreisen der kleinen Landwirte, kleinen Handwerker und ländlichen Taglöhner hervorgehen und von da eine gewisse Anlage einerseits und Gewöhnung andererseits zu den Arbeiten des häuslichen

[1]) Siehe Literatur S. 341 Ziffer 6.

Dienstes mitbringen. Aber gerade hierin liegen auch die Ursachen zu der Erscheinung, daß die weiblichen Dienstboten in moralischer, speziell in sexueller Hinsicht der größten Gefährdung ausgesetzt sind und ihr auch in bedeutendem Maße erliegen. Das Geschlechtsleben der Dienstboten ist ein durchaus wenig erfreuliches. Schon die überaus hohe Beteiligung der Dienstmädchen an den unehelichen Geburten läßt einen Schluß in dieser Hinsicht zu ... Ist der sexualmoralische Zustand der Dienstmädchen schon allgemein ein schlechter, so sind die Dienstmädchen auch ganz besonders stark an der Prostitution beteiligt ... Die Ursachen dieser Übelstände liegen zum Teil in dem Berufsleben der Dienstmädchen: ihre Unselbständigkeit, eine Folge der ‚Untergrabung der Widerstandskraft durch mangelnde Selbständigkeit', ihre Heimatlosigkeit in den großen Städten, speziell zur Zeit der herrschaftlichen Sommerfrischen, der durch den Mangel an Erholungszeit gesteigerte Genußreiz, ferner auch Mißstände im Vermittlungswesen, direkte Verführung seitens der männlichen Haushaltsmitglieder."

Die Krankheitsverhältnisse der Dienstboten lassen sich aus derselben bayerischen Veröffentlichung ersehen; wir geben den betreffenden Zahlenstoff, soweit er hier in Betracht kommt, in unseren Tafeln 104 und 105 wieder.

Tafel 104.

Krankheitsverhältnisse der weiblichen Dienstboten und der sonstigen weiblichen Versicherten in München 1914—1919.

Auf 100 Versicherte kamen Unterstützungsfälle:

Berufsart	1914	1915	1916	1917	1918	1919
Weibliche Dienstboten	19,6	16,0	17,0	13,8	18,0	14,5
Weibliche Hausgewerbetreibende .	18,9	40,2	37,1	33,4	47,0	29,0
Weibliche Versicherungspflichtige überhaupt	36,2	30,3	33,4	34,5	51,1	34,3
Alle weiblichen Versicherten . . .	37,3	31,4	33,3	32,6	46,1	31,8
Alle weiblichen Versicherten ohne weibliche Dienstboten	44,6	36,0	37,8	37,6	52,1	35,8

(Nach „Beiträge zur Statistik Bayerns" Heft 94, München 1921.)

Der Tafel 104 entnimmt man, daß die weiblichen Dienstboten in München hinsichtlich der Zahl der Unterstützungsfälle in jedem der in Betracht gezogenen Jahre weit günstigere Ergebnisse darbieten als die weiblichen Hausgewerbetreibenden und die sonstigen weiblichen Versicherten. Hierbei ist zu berücksichtigen, daß es sich bei den Dienstboten zumeist um eine von Natur aus gesunde Volksschicht und um überwiegend jugendliche Altersklassen handelt. Ferner ist anzuführen, daß im allgemeinen die Dienstmädchen längere Zeit unterstützt werden müssen als andere Versicherte; dies ist, wie es in der amtlichen Schrift heißt, die Folge davon, daß die Dienstboten zwar bei leichten und ganz leichten Erkrankungen die Hilfe der Kassen weniger oft in Anspruch nehmen und sich im Haushalt des Dienstgebers ohne Kassenhilfe ausheilen, aber, wenn sie einmal der Krankenkasse zur Fürsorge zugefallen sind, weniger rasch auf Entlassung drängen, in der Erwartung, jederzeit wieder den Dienst antreten zu können.

Einen tieferen Einblick in die Krankheitsverhältnisse der Hausgehilfen gewährt die Tafel 105, welche über die Krankheitsursachen unterrichtet. Da die Dienstboten, nach Tafel 104, im allgemeinen weit niedrigere Krankheitsziffern darbieten als die übrigen weiblichen Versicherten, so finden wir dies Verhältnis auch bei fast jeder der in Tafel 105 an-

Tafel 105.

Dienstbotenkrankheiten nach den Berichten der Münchener Allgemeinen Ortskrankenkasse für 1919.

Von 100 weiblichen Versicherten waren erkrankt an:

Krankheiten	Dienstboten	Übrige weibliche Versicherte
Akuter Gelenkrheumatismus	0,25	0,25
Geschlechtskrankheiten	0,58	0,47
Erschöpfung und Entkräftung	0,10	0,11
Geisteskrankheiten (einf. Seelenstörungen)	0,15	0,12
Hysterie	0,17	0,20
Halsentzündung	0,77	1,52
Kropf	0,63	0,78
Magenkatarrh	0,34	1,07
Darmkatarrh	0,20	1,06
Panaritium	0,50	0,73
Sehnenscheidenentzündung	0,17	0,14
Verbrennungen	0,09	0,19
Erfrierungen	0,04	0,03
Krätze	0,41	0,30

(Berechnet nach „Beiträge zur Statistik Bayerns" Heft 94, München 1921.)

geführten Krankheitsursachen[1]). Ausnahmen zeigen sich nur hinsichtlich der Geschlechtskrankheiten und der Geisteskrankheiten.

Über die Invaliditätsursachen bei den Dienstboten unterrichtet unsere Tafel 98, die sich auf den badischen Zahlenstoff stützt. Es wurde schon auf S. 323 betont, daß die Dienstboten, trotzdem sie eine günstige Altersbesetzung aufweisen, höhere Invaliditätsziffern im allgemeinen darbieten, als die in der Industrie tätigen Personen. Dies Ergebnis ist wohl zum großen Teil darauf zurückzuführen, daß die weibliche Erwerbsarbeit in Baden so stark verbreitet ist, und sich unter den weiblichen Erwerbstätigen, also auch unter den Dienstboten, viele von Haus aus körperlich Minderwertige befanden. Es zeigt sich ferner, daß die Hausgehilfen wesentlich häufiger als die in anderen Berufsabteilungen Beschäftigten infolge von Geisteskrankheiten sowie von Epilepsie und verwandten Krankheiten invalide wurden. Ob es sich hierbei um ererbte Anlage oder um Umwelteinflüsse (Vereinsamung der Mädchen?) gehandelt hat, ist nicht feststellbar. Bemerkt sei noch, daß A. Fischer, selbst bei vorsichtiger Verwendung des badischen Zahlenstoffs, eine beträchtliche Zunahme der durch Geisteskrankheiten in der Zeit von 1891 bis 1911 verursachten Invaliditätsfälle bei Dienstboten darlegen konnte (siehe S. 406).

[1]) In der amtlichen bayerischen Schrift wird betont, daß das Panaritium eine bei Dienstboten weit häufiger als bei den sonstigen Versicherten auftretende Krankheit ist. Diese Ansicht ist aber, wie sich aus unserer Tafel 105 ersehen läßt, irrig. Unter den bei den Dienstmädchen vorkommenden Erkrankungen spielt zwar die Fingereiterung eine große Rolle, aber das Panaritium zeigt sich bei dieser Berufsklasse nicht häufiger als bei dem Durchschnitt der weiblichen Versicherten. Die amtliche bayerische Schrift hätte diesen und andere Fehler vermieden, wenn nicht, in unzulässiger Weise, das Verhältnis der Panaritiumfälle zu allen Erkrankungen berechnet worden wäre, sondern wenn man, wie wir es in unserer Tafel 105 ausgeführt haben, festgestellt hätte, wie häufig das Panaritium jeweils bei 100 versicherten Dienstboten einerseits und bei 100 weiblichen Versicherten überhaupt vorgekommen ist. (Durch diesen Hinweis soll jedoch der große Wert, den die in Rede stehende Schrift besitzt, nicht verkleinert werden.)

Schließlich ist noch anzugeben, daß, nach den Ergebnissen der Münchener Ortskrankenkasse, in der Zeit von 1914 bis 1919 die weiblichen Dienstboten stets weit niedrigere Sterblichkeitszahlen darboten als die weiblichen Versicherten überhaupt; 1919 starben von ersteren 3‰, von letzteren 9,4‰.

Die Reichsregierung beabsichtigt, für die Dienstboten ein Schutzgesetz zu schaffen; sie hat 1921 den Entwurf eines Hausgehilfengesetzes[1]) veröffentlicht. Es wird u. a. folgendes vorgeschlagen: Kinder, die das 14. Lebensjahr nicht vollendet haben, dürfen als Hausgehilfen nicht beschäftigt werden. Dem Hausgehilfen ist ein angemessener, sittlich und gesundheitlich einwandfreier Schlafraum zu stellen und ein eigenes Bett zu gewähren. Die Kost muß gesund und auskömmlich sein. Die Arbeitsbereitschaft soll höchstens 13 zusammenhängende Stunden umfassen; während der Arbeitsbereitschaft sind Pausen zu gewähren, die bei Hausgehilfen über 18 Jahren insgesamt mindestens 2, bei jüngeren mindestens 3 Stunden zu betragen haben. Nach neunmonatiger Beschäftigung steht dem Hausgehilfen ein jährlicher Urlaub von mindestens einer Woche zu. Der Arbeitgeber hat dem erkrankten Hausgehilfen bis zum Eintritt der gesetzlichen Versicherungsleistungen vorläufig die erforderliche Pflege angedeihen zu lassen, soweit es die häuslichen Verhältnisse gestatten. Dieser Entwurf, gegen den von verschiedenartigen Seiten Bedenken geäußert wurden, ist bis jetzt dem Reichstag noch nicht vorgelegt worden.

Literatur: *1. **A. Fischer:** siehe Fußnote 5 S. 12. — 2. **Käthe Gäbel:** „Hausgehilfengesetz und Reichswirtschaftsrat", Soz. Praxis 1922 Nr. 34. — 3. **Heyde:** „Hausgehilfen", Art. i. Handw. d. Staatsw. 2. Aufl. Bd. 5, Jena 1921. — 4. **Else Kesten-Conrad:** „Zur Dienstbotenfrage", Arch. f. Sozialw. u. Sozialpol. 1910 Bd. 31. — 5. **B. Kühne:** „Zum Regierungsentwurf des Hausgehilfengesetzes", Soz. Praxis 1921 Nr. 45. — 6. **B. Steinbrecht:** „Arbeitsverhältnisse und Organisation der häuslichen Dienstboten in Bayern", Beiträge zur Statistik Bayerns Heft 94, München 1921. — 7. **O. Stillich:** „Die Lage der weiblichen Dienstboten in Berlin", Berlin 1902.*

4. Beamte.

Die Beamten stellen zwar keine ganz einheitliche Berufsklasse dar, da es untere, mittlere und obere Grade gibt, so daß sich wesentliche Unterschiede in wirtschaftlicher und sozialer Hinsicht geltend machen, aber dieser ganzen Volksschicht sind doch auch bedeutungsvolle Merkmale eigen, durch die sie gegenüber allen anderen Erwerbsgruppen, insbesondere gegenüber den Arbeitern, Handwerkern, freien Berufen usw., gekennzeichnet ist.

Dem Dienstantritt der Beamten geht eine ärztliche Untersuchung voraus; sie stellen mithin in gesundheitlicher Hinsicht eine Auslese dar. Sie üben zumeist eine geistige Tätigkeit aus, die körperlich weniger anstrengend ist als die der Arbeiter. Ihre Arbeitsstätten entsprechen im allgemeinen den hygienischen Anforderungen; auch die Arbeitszeiten sind bei ihnen vielfach günstiger als bei den Arbeitern. Sodann können die Beamten mit Sicherheit auf ein bestimmtes Einkommen rechnen. Andererseits sind die Einnahmen der Beamten oft geringer als der Verdienst der ihnen sozial gleichgestellten Angehörigen von freien Berufen. Zuweilen werden überdies an die Beamten in und außer dem Beruf Anforderungen gerichtet, denen nur mit einem beträchtlichen Kostenaufwand genügt werden kann. Die Beamten sind auch nicht frei in der Wahl ihrer Arbeit. Der amtliche Verkehr mit den Vorgesetzten, Berufsgenossen, Untergebenen und dem vielfach nur schwer zu befriedigenden Publikum erfordert viel Umsicht. Alle Kraft müssen die Beamten

[1]) Siehe „Reichsarbeitsblatt" 1921 Nr. 23 (15. Sept.).

daransetzen, ihre Stellung zu wahren und im Range zu steigen. Jeder Beamte muß eine Summe von Anstrengungen, die mit der eigentlichen Berufstätigkeit gar nicht verbunden zu sein scheinen, aufwenden, um nicht in den Hintergrund gedrängt zu werden.

Es gilt nun zu zeigen, wie alle diese beruflichen Besonderheiten die Gesundheitsverhältnisse der Beamten beeinflussen.

Die Zahl der staatlichen und städtischen Beamten beläuft sich auf Millionen. Es ist unmöglich, alle Arten von Beamtengruppen hier zu erörtern. Wir beschränken uns mithin darauf, die hygienischen Zustände von zwei besonders großen Gruppen an dieser Stelle zu berücksichtigen.

a) Eisenbahnbeamte.

Zu den Eisenbahnbeamten gehören verschiedenartige Klassen. Die unteren Beamten verrichten vielfach eine vorzugsweise körperlich anstrengende Tätigkeit und unterscheiden sich daher kaum von der Arbeiterschaft, aus der sie hervorgegangen sind. Andere Klassen versehen den Stations-, Abfertigungs- oder Bürodienst, wobei jeweils wieder verschiedene Rangstufen zu unterscheiden sind.

An der Hand der Jahresberichte[1]), welche die Verwaltung der ehemaligen Badischen Staatseisenbahnen zuletzt 1914 veröffentlicht hat, gewinnt man ein Bild von den Gesundheitszuständen der Eisenbahnbeamten. In den badischen Berichten findet man u. a. Angaben über die Krankheitsverhältnisse; hierbei wird zwischen dem der Krankenversicherung unterliegenden Personal und den höher besoldeten, daher versicherungsfreien, aber zur freien ärztlichen Behandlung berechtigten Beamten unterschieden. Beide Klassen werden in der Krankheitsstatistik nach ihren Beschäftigungsarten gegliedert.

Aus dem badischen Zahlenstoff ersieht man, daß die Krankenkassenmitglieder ungünstigere Ergebnisse hinsichtlich der Häufigkeit der Krankheitsfälle darbieten als die Beamten. Ferner zeigt sich, daß das auf den Lokomotiven beschäftigte Personal bei beiden Klassen die bei weitem höchsten Krankheitsziffern aufweist; dann folgen unter den Beamten hinsichtlich der Zahl der Krankheitsfälle (berechnet auf je 100 der jeweiligen Beamtenart) zunächst diejenigen, deren Tätigkeit sich mehr im Freien als auf dem Büro abwickelt, und darauf das Bahnunterhaltungs- und -bewachungspersonal sowie das Zugbegleitungspersonal; die günstigsten Ziffern zeigen die Beamten des Stations-, Abfertigungs- und Bürodienstes, die ausschließlich oder zumeist auf dem Büro beschäftigt sind.

Ferner entnimmt man den badischen Zahlenreihen, daß die Beamten insgesamt häufiger an Influenza, Gicht und Rheumatismus erkranken als die Krankenkassenmitglieder; die Ursache hierfür dürfte in der größeren Empfindlichkeit der ersteren, die sie zur Krankmeldung leichter geneigt macht, liegen. Die Beamten leiden sodann häufiger an Nervenkrankheiten als die Kassenmitglieder, was offenbar damit zusammenhängt, daß die Tätigkeit der ersteren einen größeren Aufwand geistiger Kraft erfordert als die Arbeit der letzteren. Dagegen zeigen die Beamten geringere Ziffern bei der Tuberkulose, den Krankheiten der äußeren Bedeckungen und vor allem bei den Verletzungen; man erkennt hierbei deutlich die Einflüsse der wirtschaftlichen Lage und der beruflichen Tätigkeit.

Der badische Zahlenstoff enthält leider keine nach dem Geschlecht getrennten Angaben. Aber aus anderen Veröffentlichungen über die Krankheitsverhältnisse der Eisen-

---

[1]) Siehe „Jahresbericht über die Staatseisenbahnen und die Bodensee-Dampfschiffahrt im Großh. Baden für das Jahr 1913", Karlsruhe 1914.

bahnbeamten, insbesondere aus den von Schwechten und Herzfeld, weiß man, daß das weibliche[1]) Personal im Büro- sowie im inneren Abfertigungsdienst weit häufiger erkrankt als die entsprechenden männlichen Beamten.

Mit den Berufskrankheiten der Lokomotivführer hat man sich seit mehreren Jahrzehnten beschäftigt. Der namentlich von französischen Ärzten geäußerten Ansicht, daß der Dienst der Lokomotivführer nicht nur nicht gesundheitsschädlich, sondern sogar -förderlich sei, ist Joh. Rigler bereits 1880 auf Grund seiner Erfahrungen entgegengetreten. Die oben angeführten badischen Zahlen haben ja ebenfalls gezeigt, daß die Lokomotivführer besonders häufig erkranken. Es seien nun hier noch einige Angaben über die Invaliditätshäufigkeit bei den Lokomotivführern geboten. H. Braun hat die Invaliditätsverhältnisse dieser Beamten untersucht und hierüber 1911 berichtet. Aus seinen Darlegungen ersieht man u. a., daß die Invaliditätswahrscheinlichkeit zwar bis zum 45. Lebensjahr einen starken Rückgang, aber von den 50er Jahren an einen großen Anstieg erfahren hat. Er sieht die Ursache hierfür darin, daß, obwohl die Dienstdauer allmählich etwas günstiger geworden ist und die früher benutzten Lokomotiven infolge ihrer technischen Mangelhaftigkeit schwieriger zu behandeln waren, der gestiegene Verkehr eine schnellere Zugfolge, größere Fahrgeschwindigkeit und Vermehrung der Signale bedingt, was den Dienst, zumal bei der Bauart der neuen Maschinen, anstrengender gestaltet. „Die Intensität der Arbeitsleistung ist größer geworden und hat eine größere und raschere Abnutzung der Arbeitsfähigkeit zur Folge.“ Zu bemerken ist noch, daß die Unfallwahrscheinlichkeit sich in der gleichen Art wie die Invaliditätswahrscheinlichkeit entwickelt hat.

Aus der neuesten Zeit, insbesondere seitdem die Bahnen der Einzelstaaten in die Reichsbahn umgewandelt wurden, liegen amtliche Zahlen über die Krankheitsverhältnisse der Eisenbahnbeamten nicht vor. Dagegen enthält der 1923 von der Hauptverwaltung der Reichsbahn veröffentlichte Geschäftsbericht[2]) Ziffern über die Ergebnisse des Jahres 1921 bei den Betriebskrankenkassen der einzelnen Eisenbahndirektionsbezirke. Im Durchschnitt aller Eisenbahnbetriebskrankenkassen[3]) kamen auf je 100 Mitglieder 54,10 Krankheitsfälle bezw. 1139 Krankheitstage. Aber von diesen Durchschnittszahlen weichen u. a. die Betriebskrankenkassen der Bezirke Berlin, Bayern (rechtsrheinisch) sowie Karlsruhe stark nach oben, der Bezirke Schwerin, Stettin sowie Königsberg erheblich nach unten ab. Die Ursache[4]) für diese Unterschiede ist nicht zu erkennen. Es sei jedoch darauf

[1]) Vergl. die Angaben über die weiblichen Postbeamten und die Fußnote 2 S. 344.

[2]) Siehe „Geschäftsbericht der Deutschen Reichsbahn über das Rechnungsjahr 1921“, Berlin 1923.

[3]) Sämtliche Eisenbahnbetriebskrankenkassen zählten 1921 durchschnittlich 725691 Mitglieder.

[4]) Auf meine Anfrage bei der Hauptverwaltung der Deutschen Reichsbahn-Gesellschaft, ob diese Unterschiede auf dienstlichen oder sonstigen irgendwie erkennbaren Besonderheiten beruhen, wurde kürzlich folgende Antwort erteilt: „Bestimmte, unbedingt sichere Erklärungen für die Ursachen der Unterschiede in der Krankheitsfälligkeit in den einzelnen Bezirken lassen sich nicht geben. Es ist allerdings eine Erfahrungstatsache, daß die Ziffer der Erkrankungsfälle in ländlichen Bezirken mit Rücksicht auf die dort vorherrschenden besseren gesundheitlichen Verhältnisse im allgemeinen besonders niedrig ist. Daraus erklären sich die niedrigen Ziffern in Königsberg, Stettin und Schwerin. In Großstädten (Groß-Berlin) und Industriegegenden steigt die Ziffer. Inwieweit bei der Ziffer für die Betriebskrankenkasse Berlin die damals allgemein eingeführte freie Arztwahl eine Rolle spielt, läßt sich nicht übersehen. Jedenfalls hat sich auch bei dieser Kasse in früheren Jahren — abgesehen von den schlimmen Kriegsjahren 1917/18 — der Prozentsatz um die Zahl 40 bewegt. Auffallend ist der hohe Prozentsatz für das ländliche rechtsrheinische Bayern, zumal dort noch das feste Kassenarztsystem besteht, das hinsichtlich der Zahl der Krankmeldungen allgemein für günstiger angesehen wird, und für Baden mit seinen gleichfalls ländlichen Verhältnissen. Eine Erklärung haben wir hierfür nicht.“

hingewiesen, daß der bayerische Bahnarzt Zeitlmann für 1890 bis 1899 große Unterschiede bei den einzelnen bayerischen Betriebswerkstätten hinsichtlich der Erkrankungsziffern festgestellt hatte; die Ursache lag weder im Altersaufbau, noch in der Art der Erkrankungen, noch in örtlichen oder klimatischen Einflüssen, sondern lediglich in dem Umfang der dienstlichen Inanspruchnahme.

b) Postbeamte.

Die Postbeamten zeigen ähnliche Verschiedenheiten der sozialen Lage und der Tätigkeitsart wie die Eisenbahnbeamten.

Einen Einblick in die Gesundheitszustände der Postbeamten gewähren die alle drei Jahre von der Reichspostverwaltung veröffentlichten Statistiken[1]). Bis einschließlich 1919 wurde in diesen Statistiken zwischen den Unterbeamten und den sonstigen Beamten, ferner nach dem Geschlecht sowie bei jeder dieser Gruppen zwischen einzelnen Arten von Beamten je nach ihrer Tätigkeit unterschieden. Seit 1922 wurde die Beamtenschaft in drei Gruppen und zwar nach Gehaltsklassen gegliedert.

Berücksichtigt wurden 1922 insgesamt 223912 männliche und 63057 weibliche Postbeamte.

Tafel 106.

Krankheitsfälle, Krankheitstage und Sterbefälle bei den deutschen Postbeamten 1922.

Beamtengruppen (Gehaltsklassen)	Auf 1000 Beamte Krankheitsfälle	Auf 1 Beamten Krankheitstage	Auf 1000 Beamte Sterbefälle
A. Männliche Beamte			
der Gruppen von VIII aufwärts	460,3	31,1	8,97
„ „ „ V bis VII	807,0	28,3	7,55
„ „ „ II bis IV	793,7	26,3	4,85
Technische Beamte	736,2	17,8	3,02
A. Zusammen . .	782,7	26,9	5,81
B. Weibliche Beamte	1594,1	18,1	2,08
A. und B. zusammen . .	961,0	23,7	4,99

(Nach „Statistik der Deutschen Reichs-Post- und Telegraphenverwaltung 1922“, Berlin 1923.)

Der Tafel 106 entnimmt man, daß die Beamten der Klassen von VIII aufwärts weit weniger Krankheitsfälle aufweisen als die Beamten mit geringerem Gehalt; allerdings ist bei ersteren die Ziffer der Krankheitstage etwas größer als bei letzteren. Die Beamten der höheren Gehaltsklassen zeigen aber ungünstigere Sterblichkeitszahlen als die anderen Beamten. Letztere Erscheinung hat ihre Ursache in der Altersbesetzung bei den einzelnen Beamtenklassen. Die weiblichen[2]) Beamten stehen hinsichtlich der Zahl der Krankheits-

[1]) Siehe „Statistik der Deutschen Reichs-Post- und Telegraphen-Verwaltung für das Kalenderjahr 1919“, Berlin 1920; desgl. für 1922, Berlin 1923.

[2]) Auch die Lehrerinnen weisen ungünstigere Krankheitsverhältnisse auf als die Lehrer. Nach einer Untersuchung von Mannzen („Die Gesundheitsverhältnisse der an den Kieler Volks- und Mittelschulen angestellten Lehrer und Lehrerinnen im Schuljahr 1909“, Statist. Beilage z. Pädag. Zeitung 1910 Nr. 9) versäumte wegen Krankheit im Durchschnitt ein Lehrer 20, eine Lehrerin dagegen

fälle weit ungünstiger da als die männlichen, ein Zeichen dafür, daß das weibliche Geschlecht gegenüber den Berufsschädigungen weniger widerstandsfähig ist. Bemerkenswert sind die verhältnismäßig niedrigen Krankheitsziffern bei den männlichen Beamten der Gruppen II bis IV; es handelt sich hierbei um Schaffner und Briefträger (Landbriefträger), die zumeist jung sind und sich viel in frischer Luft aufhalten.

Nach den Ergebnissen des Jahres 1922 litten die weiblichen Beamten erheblich mehr als die männlichen besonders an Krankheiten des Nervensystems, der Atmungs- und Verdauungswerkzeuge sowie der Nieren und sonstigen Harnorgane.

Im Jahre 1919 zeigten die höheren und mittleren Beamten höhere Krankheitsziffern als die unteren Beamten bei Krankheiten der Kreislauforgane und des Nervensystems, niedrigere Zahlen dagegen bei der Tuberkulosesterblichkeit, bei den Krankheiten der äußeren Bedeckungen und der Bewegungsorgane sowie bei den Verletzungen. Hier machen sich die Unterschiede der Altersbesetzung sowie der wirtschaftlichen Lage einerseits und der Berufstätigkeit andererseits geltend.

Eisenstadt hat die Sterbekarten von 1903 bis 1908 des Deutschen Postverbandes unter anderem daraufhin geprüft, ob sich dort ein Vermerk über den Einfluß des Dienstes und der Diensträume auf die jeweilige Todesursache befindet. In der Tat wurde in mehreren Fällen eine solche Beziehung angenommen.

Literatur: *1.* ***H. Braun:*** *„Die Sterblichkeits- und Invaliditätsverhältnisse des Lokomotivpersonals deutscher Eisenbahnen“, Zeitschr. f. d. ges. Versicherungsw. 1911 S. 429 ff. — 2.* ***H. L. Eisenstadt:*** *„Beiträge zu den Krankheiten der Postbeamten“ Teil 1—5, Berlin 1909—1916. — 3.* ***Arthur Kaufmann:*** *„Vergleichende Untersuchungen über den Schutz der Arbeiter und Angestellten der Großh. Badischen Staatseisenbahnen und der Schweizerischen Bundesbahnen“, Staats- u. sozialw. Forsch. Heft 175, München 1914. — 4.* ***Joh. Rigler:*** *„Die im Eisenbahndienst vorkommende Berufskrankheit und Mittel zu ihrer Abhilfe“, Berlin 1880. — 5.* ***Schwechten u. Herzfeld:*** *„Die Krankheits-, Sterbe- und Invalidisierungsfälle bei der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft und der Generaldirektion der Reichseisenbahnen in Elsaß-Lothringen im Kalenderjahr 1907“, Arch. f. Eisenbahnwesen 1909 Beilageheft. — 6.* ***Zeitlmann:*** *„Die Erkrankungs-, Invaliditäts- und Sterblichkeitsverhältnisse der bayerischen Eisenbahnbediensteten“, Bericht ü. d. Verhandl. d. 5. deutschen Bahnärztetagung, Nürnberg 1902.*

---

fast 45 Stunden. Wie F. Zollinger („Morbiditätsstatistik der Volksschullehrerschaft des Kantons Zürich“, Schweiz. Zeitschr. f. Gesundheitspfl., herausg. v. W. v. Gonzenbach, 1921 Jahrg. 1 Heft 2) angibt, kamen im Bereich der Erziehungsdirektion des Kantons Zürich 1920 auf einen Primarlehrer 7,62, auf eine Primarlehrerin 13,95, auf einen Sekundarlehrer 9,17, auf eine Arbeitslehrerin 12,46 und auf eine der 30 verheirateten Lehrerinnen 19,2 Krankheitstage.

IV. Einflüsse der kulturellen Umwelt auf einzelne Krankheitsarten.

1. Medizinalstatistische und sozialpathologische Übersicht.

In den vorangegangenen Abschnitten haben wir uns mit den Hauptbestandteilen der sozialen Hygiene sowie mit den sozialhygienischen Zuständen einzelner Personenklassen befaßt, ohne daß wir hierbei näher auf einzelne Krankheitsarten eingehen konnten. Um nun weitere Einblicke in die sozialhygienischen Verhältnisse zu erlangen, müssen wir uns nun noch mit einigen Krankheiten, auf welche die kulturelle Umwelt besonders stark einwirkt, beschäftigen.

Es erhebt sich vor allem die Frage, welchen von den zahlreichen Krankheiten der Sozialhygieniker sich hauptsächlich zuwenden muß; denn wir können im Hinblick auf den verfügbaren Raum keineswegs alle, sondern nur die wichtigsten Krankheiten erörtern. Da muß nun zunächst betont werden, daß im Gegensatz zu der üblichen pathologisch-anatomischen und klinischen Betrachtungsweise, die sich mit Vorliebe den selteneren und seltensten Fällen widmet, der Sozialhygieniker sich im allgemeinen nur mit solchen Leiden befaßt, die sich besonders häufig zeigen. Es kommt allerdings bei der einzelnen Krankheitsart nicht nur auf ihre Häufigkeit, sondern auch auf ihre Gefährlichkeit für die Umgebung des Erkrankten und dadurch für das ganze Gesundheitswesen an; denn ansteckende[1]) Krankheiten, die zeitweise nur selten auftreten, können unter gewissen Bedingungen plötzlich zahlreiche Menschen befallen.

Wir müssen daher untersuchen, bei welchen Krankheiten sich besonders hohe Zahlen finden oder ihrem Wesen nach finden können.

Da ist nun zu bemerken, daß die Medizinalstatistik, wie bereits oben (S. 12) erwähnt wurde, noch mangelhaft gestaltet ist. Über die Krankheitsursachen, soweit sie breite allgemeine Volksschichten betreffen, liegen nur die zumeist wenig brauchbaren Angaben der Krankenkassen vor; und die Mitteilungen der Heilanstalten, der Militärverwaltung, der Schulärzte, der Lebensversicherungsgesellschaften u. a. m. erstrecken sich lediglich auf besondere Personengruppen, so daß man hieraus Schlüsse auf die Zustände des ganzen Volkes im allgemeinen nicht ziehen kann. Daß auch die Invaliditätsursachenstatistik unzureichend ist, wurde ebenfalls bereits betont. Man ist mithin im wesentlichen auf die Todesursachenstatistik angewiesen. Aber auch diesem Teil der Medizinalstatistik gegenüber ist Vorsicht geboten, da, wie bereits für die jugendlichen Altersklassen (siehe S. 245 und 264) dargelegt wurde, die Todesursache[2]) in zahlreichen Fällen statt von Ärzten von Laien angegeben wird.

Nur wenige Staaten berichten darüber, wie viele von den Gestorbenen ärztlich behandelt waren; von den deutschen Ländern haben solche Angaben nur Baden, Württemberg und Bayern, vom Auslande namentlich die Niederlande und Ungarn veröffentlicht. Die

[1]) Es gilt dies nicht nur für die Infektionskrankheiten, sondern auch für geistige Epidemien.

[2]) Vgl. auch Fr. Prinzing: „Die deutschen und die internationalen Todesursachenverzeichnisse“, Deutsches Statistisches Zentralblatt 1921 Nr. 3/4.

betreffenden Zahlen sind in unserer Zeichnung 20 veranschaulicht. Zur Ergänzung dieser Ziffern, die sich auf alle Todesfälle zusammen beziehen, seien noch entsprechende Angaben, die sich auf die wichtigsten Todesursachen erstrecken, angeführt; der den badischen amtlichen Listen entnommene Zahlenstoff für 1923 wird in unserer Zeichnung 21 dargestellt. Man sieht, daß bei manchen Krankheitsarten, die zum Tode geführt haben, zumeist, bei anderen (z.B. bei angeborener Lebensschwäche, Brechdurchfall, Abzehrung der Kinder) viel zu selten ärztliche Hilfe in Anspruch genommen wurde. Es muß bezweifelt werden, ob bei den Krankheitsfällen, bei denen eine ärztliche Diagnose fehlt, die Todesursache immer richtig angegeben wurde. Der Wert einer Todesursachenstatistik hängt naturgemäß im wesentlichen davon ab, bei wie vielen Sterbefällen die Diagnose von einem Arzt stammt.

Obwohl wir uns der Mängel unserer gegenwärtigen Medizinalstatistik bewußt sind, wollen wir an der Hand der Angaben, auf die man sich noch am ehesten stützen darf, prüfen, welche Krankheiten als Krankheits-, Invaliditäts- und Sterblichkeitsursachen sich am häufigsten geltend machen. Wir fassen daher die Angaben, welche in unseren Zeichnungen 22, 23 und 24 sowie in der Tafel 107 enthalten sind, ins Auge.

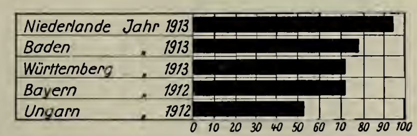
Der Zahlenstoff für die Zeichnung 22 ist dem Werk[1]) über die Leipziger Ortskrankenkasse entnommen, da die dort veröffentlichten Angaben die im Deutschen Reiche obwaltenden Zustände am zutreffendsten kennzeichnen. Die für die Zeichnung 23 benutzten Ziffern stammen aus der Arbeit von A. Fischer über die Invaliditätsverhältnisse in Baden; sonstige brauchbare

[1]) Siehe die Fußnote 2 auf S. 301.

Zeichnung 20.

Ärztlich Behandelte unter den Gestorbenen.

Von je 100 Gestorbenen waren ärztlich behandelt:

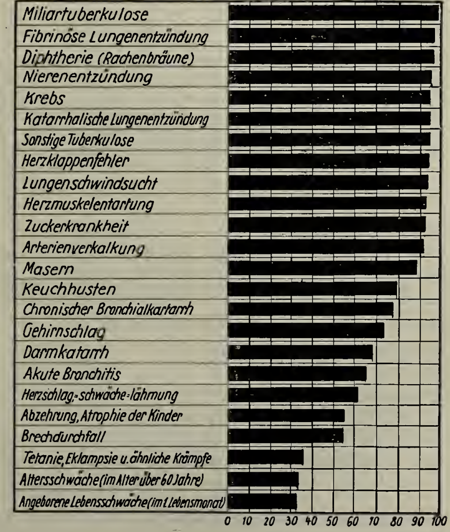


(Nach Angaben d. Medizinalstat. Mitteil. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. 19, Berlin 1917, gezeichnet.)

Zeichnung 21.

Häufigkeit der ärztlich Behandelten unter den Gestorbenen in Baden nach Krankheitsarten.

Von je 100 an nachstehenden Krankheiten im Jahre 1923 Gestorbenen waren ärztlich behandelt:

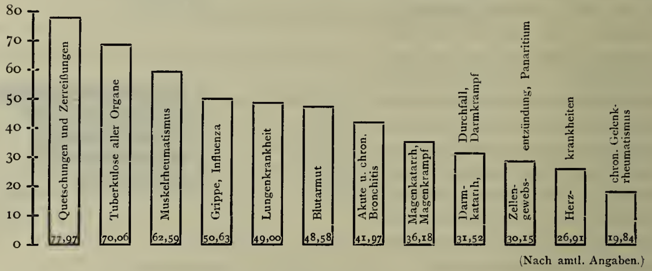


(Nach amtlichen Angaben berechnet und gezeichnet.)

Zeichnung 22.

Krankheitsursachen bei den Mitgliedern der Allgemeinen Ortskrankenkasse Leipzig während der Jahre 1887—1905.

Von 1000 Krankheitstagen entfielen auf die unten bezeichneten Krankheiten Tage:

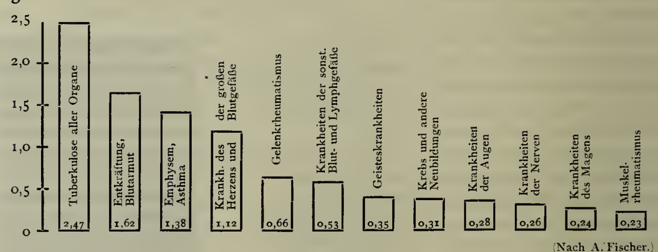


(Nach amtl. Angaben.)

Zeichnung 23.

Invaliditätsursachen in Baden im Durchschnitt der Jahre 1905—1909.

Auf 1000 über 20 Jahre alte, im Jahre 1907 versicherte Personen wurden invalide infolge von:

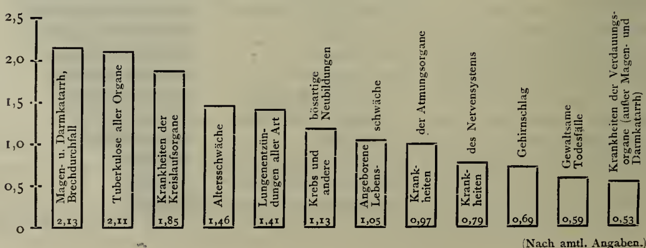


(Nach A. Fischer.)

Zeichnung 24.

Todesursachen in Baden im Jahre 1910.

Auf 1000 im Jahre 1910 gezählte Einwohner starben an:



(Nach amtl. Angaben.)

Tafel 107.

Die häufigsten Todesursachen im Deutschen Reiche 1892—1921.

Zahl der an nachstehenden Todesursachen Gestorbenen auf je 10000 der mittleren Bevölkerung*).

Todesursachen	1892	1900	1905	1910	1913	1918	1921
Angeborene Lebensschwäche u. Bildungsfehler	10,9	11,6	12,8	11,0	10,2	5,8	10,3
Altersschwäche	23,3	22,1	19,3	16,3	15,4	22,0	15,1
Tuberkulose aller Organe	22,2	22,5	20,5	16,3	14,3	22,9	13,7
Lungenentzündung	14,8	14,1	15,0	12,7	11,9	24,6	11,7
Influenza	—	—	1,9	1,2	0,8	29,3	2,7
Krankheiten der Atmungsorgane	17,1	15,8	11,2	8,9	8,0	9,9	6,2
Krankheiten der Kreislauforgane	—	—	14,2	15,5	16,1	18,2	16,8
Gehirnschlag	—	—	6,4	6,0	6,1	5,8	5,8
Andere Krankheiten des Nervensystems	—	—	10,4	8,0	7,0	6,6	5,8
Magen-Darmkatarrh, Brechdurchfall	32,0	34,2	24,8	15,4	12,9	5,0	8,7
Andere Krankheiten der Verdauungsorgane	—	—	5,9	4,5	4,6	4,8	4,5
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	—	—	3,3	3,1	3,1	3,5	2,9
Krebs	6,1	7,2	7,3	7,9	8,2	8,1	8,9
Andere Neubildungen			0,8	0,9	0,9	0,8	0,9
Selbstmord	2,1	2,0	2,1	2,2	2,3	1,6	2,1
Verunglückung oder andere gewaltsame Einwirkung	—	—	3,9	3,6	3,8	52,3	4,4
Alle Todesursachen zusammen	242,5	221,1	198,1	161,9	149,9	246,8	138,9

*) Beteiligt waren 1892: 10, 1900: 20, 1905: 23, 1910: 24, 1918: 23, 1921: 16 deutsche Länder.

(Nach Sonderbeilage z. d. Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts 1924 Nr. 18.)

Zahlen, welche über die Invaliditätsursachen unterrichten, sind nicht vorhanden. Um die Invaliditätsursachen mit den Todesursachen desselben Gebietes vergleichen zu können, wurden auch für die letzteren (Zeichnung 24) die badischen Angaben verwendet; diese haben überdies, worauf von Rösle[1]) hingewiesen wurde, gegenüber dem Zahlenstoff anderer Gliedstaaten den Vorzug der größeren Zuverlässigkeit, weil in Baden der Anteil der ärztlich Behandelten an der Gesamtzahl der Gestorbenen am höchsten ist. Die in den drei Zeichnungen berücksichtigten Volkskreise stimmen zwar nicht ganz überein; aber vorsichtige Vergleiche sind doch gestattet und werden lehrreich wirken.

In den drei Zeichnungen wurden jeweils die zwölf häufigsten Krankheitsarten ihrer zahlenmäßigen Bedeutung nach veranschaulicht.

An der ersten Stelle finden wir unter den Krankheitsursachen (Zeichnung 22) die Verletzungen, unter den Invaliditätsursachen (Zeichnung 23) die Tuberkulose und unter den Todesursachen (Zeichnung 24) die Magen- und Darmkatarrhe. Man sieht also, daß die Häufigkeit der Krankheiten sehr verschiedenartig ist, je nachdem wir die Ergebnisse der Krankenkassen-, der Invaliditäts- oder Sterblichkeitsstatistik betrachten; und dies trifft nicht nur für die erste, sondern auch für die anderen Stellen der drei Reihenfolgen zu. Aber bei allen drei Arten der Statistik nimmt die Tuberkulose den ersten oder doch den zweiten Platz ein. Dadurch ist die große Bedeutung, die dieser Krankheit zukommt, schon gekennzeichnet; ihr werden wir uns vor allem zuwenden müssen, zumal wir uns schon mit den Verletzungen der Kassenmitglieder in dem Abschnitt „Arbeiter" und mit den zumeist bei den Neugeborenen auftretenden Magen-Darmkatarrhen als Todesursachen in dem Abschnitt „Säuglinge" befaßt haben.

[1]) Siehe „Ergebnisse der Todesursachenstatistik im Deutschen Reich für das Jahr 1912", Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Kaiserl. Gesundheitsamte Bd. 18, Berlin 1915, S. 143.

Tafel 108.

Der Einfluß der Wohlhabenheit auf die Häufigkeit der

Auf je 10000 Lebende jeden Geschlechts und

Altersstufen / Todesursachen	Wohlhabende			Mittelstand			Ärmere			Insgesamt		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
Gesamtzahl der Gestorbenen . .	105	58	73	109	106	107	210	182	196	147	108	125
0 bis 1 Jahr:												
Gestorbene überhaupt	598	381	489	804	1031	909	3018	2119	2558	1851	1486	1676
Angeb. Lebensschwäche	213	169	192	226	240	233	595	388	489	404	304	356
Atrophie, Magen- u. Darmkatarrh	43	85	64	124	264	188	1132	720	921	603	471	540
Masern und Keuchhusten . . .	43	—	21	—	—	—	145	180	163	78	94	86
Tuberkulose	43	—	21	21	96	55	87	152	121	57	109	83
Krankheiten der Atmungsorgane .	43	—	21	247	167	211	377	319	347	277	217	248
Krämpfe	85	85	85	21	120	67	348	194	269	192	252	173
Übrige u. unb. Ursachen	128	42	85	165	144	155	334	166	248	241	138	190
1 bis 5 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	31	25	28	65	121	92	277	246	262	152	160	156
Magen- und Darmkatarrh etc. .	7,8	—	4,0	5,4	—	2,8	20	15	17	13	7,1	9,8
Masern und Keuchhusten . . .	7,8	—	4,0	—	12	5,6	44	75	60	21	39	30
Tuberkulose	—	8,3	4,0	22	35	28	56	48	52	32	36	34
Sonstige Infektionskrankheiten .	7,8	17	12	16	17	17	44	15	29	27	16	21
Krankheiten der Atmungsorgane	—	—	—	—	29	14	60	60	60	27	37	32
Übrige und unb. Ursachen . . .	7,8	—	4,0	22	29	25	52	34	43	32	25	29
5 bis 15 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	10	24	17	20	30	25	47	34	40	28	30	29
Tuberkulose	2,6	8	5,3	4,3	4,6	4,5	11	13	12	6,4	9	7,7
Sonstige Infektionskrankheiten .	—	5,4	2,6	6,5	11	8,9	12,8	11	11,9	7,1	9,7	8,4
Übrige und unb. Ursachen . . .	7,8	11	9,2	8,7	14	11	23	9,4	16	14	11	13
15 bis 30 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	23	9,6	12	31	24	27	62	70	66	42	25	32
Kindbettfieber	—	—	—	—	—	—	—	5,9	—	—	1,2	—
Lungentuberkulose	2,6	1,6	1,8	9	11	10	25	40	32	14	12	13
Sonstige Infektionskrankheiten .	5,2	3,2	3,5	3,9	2,3	3,0	11	5,9	11	7	3,5	5,5
Selbstmord	2,6	0,5	0,9	3,9	2,3	3,0	8,3	1,5	5,2	5,5	1,2	2,7
Sonstiger gewaltsamer Tod . .	2,6	1,1	1,3	3,9	1,1	2,4	11	1,5	6,6	6,5	1,2	3,1
Übrige und unb. Ursachen . . .	10	3,2	4,4	10	6,9	8,5	7,1	16	11	9	6,7	7,7

Nun ist zu betonen, daß die Tuberkulose zu den Infektionskrankheiten gehört. Daraus allein geht schon hervor, daß wir uns mit den ansteckenden Krankheiten besonders beschäftigen müssen. Es kommt jedoch zunächst noch hinzu, daß auch die Influenza, die namentlich bei den Krankheitsursachen (bei den Todesursachen unter „Lungenentzündung aller Art“ sowie unter „Krankheiten der Atmungsorgane“) eine sehr große Rolle spielt, ebenfalls eine Infektionskrankheit ist. Unter den zwölf häufigsten Todesursachen der Zeichnung 22 ist die Grippe nicht angeführt; denn bei ihr ist die Letalität, d.h. das Verhältnis der Gestorbenen zu den Erkrankten, gewöhnlich gering; aber es sei darauf hingewiesen, daß die Influenza sich im Jahre 1918 im Deutschen Reich, wenn man von den tödlichen Verwundungen auf dem Felde der Ehre absieht, an der obersten Stelle unter den Todesursachen (siehe Tafel 107) befand. Hieraus erkennen wir, welche Bedeutung eine Infektionskrankheit plötzlich erhalten kann. Daran müssen wir auch bei vielen anderen ansteckenden

Tafel 108.

einzelnen Todesursachen in Bremen 1876—1900.

jeder Altersstufe kommen Gestorbene:

Altersstufen Todesursachen	Wohlhabende			Mittelstand			Ärmere			Insgesamt		
	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.	m.	w.	zus.
30 bis 60 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	86	46	62	106	70	86	165	107	136	121	72	94
Kindbettfieber	—	—	—	—	—	—	—	2,3	—	—	0,7	—
Lungentuberkulose	1,0	2,9	5,8	19	11	15	52	34	43	29	15	21
Sonstige Infektionskrankheiten .	58	2,9	4,0	4,5	2,9	3,7	7,9	3,5	6,9	6,1	3,1	4,8
Lungenentzündung und sonstige Krankh. der Atmungsorgane .	7,3	4,8	5,8	10	7,7	9,0	25	8,2	17	15	6,8	10
Herz- u. Blutgefäßkrankheiten .	20	4,8	11	14	8,7	11	16	19	17	16	10	13
Gehirnschlag und sonstige Krankheiten des Nervensystems . .	8,7	3,8	5,8	13	8,7	10	11	13	12	11	8,2	10
Krankh. der Verdauungsorgane .	7,3	3,8	5,2	5,7	9,7	7,8	11	2,3	6,9	8,2	5,5	6,7
Krebs u. sonstige Neubildungen .	12	17	15	16	9,7	13	6,8	18	12	11	15	13
Selbstmord	4,4	—	1,7	8	3,9	5,7	10	1,2	5,7	7,7	1,7	4,5
Sonstiger gewaltsamer Tod . .	—	—	—	5,7	—	2,6	9	1,2	5,2	5,3	0,3	2,6
Übrige und unb. Ursachen . . .	10	5,8	7,5	10	6,7	8,4	16	4,7	10	12	5,8	8,7
über 60 Jahre:												
Gestorbene überhaupt	547	480	507	578	548	561	518	502	509	550	508	526
Altersschwäche	56	95	80	70	93	83	48	89	71	59	93	78
Tuberkulose	11	19	16	18	13	15	35	31	33	20	21	20
Lungenentzündung und sonstige Krankh. der Atmungsorgane .	40	76	61	105	133	121	97	131	116	79	110	97
Herz- u. Blutgefäßkrankheiten .	175	103	132	117	106	111	131	52	86	142	90	112
Gehirnschlag u. sonstige Krankheiten des Nervensystems . .	96	50	68	111	75	90	62	31	45	91	53	70
Krankh. der Verdauungsorgane .	34	11	20	18	27	23	28	16	21	26	18	21
Nierenentzünd. u. sonst. Krankh. d. Harn- u. Geschlechtsorgane	17	19	18	35	13	23	6,9	—	3,0	20	12	15
Krebs u. sonstige Neubildungen .	45	65	57	58	75	68	41	94	71	49	76	65
Selbstmord	11	—	4,6	18	—	7,5	21	21	21	16	5,9	10
Übrige und unb. Ursachen . . .	62	42	50	29	13	20	48	37	42	47	31	38

(Nach Mitteil. d. Bremischen Stat. Amts 1911 Nr. 1.)

Krankheiten, die in jüngster Zeit verhältnismäßig nur wenig, früher aber sehr zahlreiche Opfer gefordert haben, denken. Hervorgehoben sei z. B. nur, daß nach amtlichen Angaben[1]) auf je 10000 der mittleren Bevölkerung im Deutschen Reich an Diphtherie und Krupp im Jahre 1892 noch 11,8, im Jahre 1893 sogar 15,8, dagegen nur 1,3 im Jahre 1920 und 1,0 im Jahre 1921 starben.

Sodann ist anzuführen, daß unter den Infektionskrankheiten die Geschlechtskrankheiten, deren weite Verbreitung feststeht, deren Häufigkeit aber nicht ohne weiteres aus der bisherigen Medizinalstatistik zu ersehen ist, gerade vom Standpunkte der kulturellen Hygiene aus besonders zu beachten sind.

---

[1]) Siehe „Ergebnisse der Todesursachenstatistik im Deutschen Reiche für das Jahr 1921", Sonderbeilage z. d. Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts 1924 Nr. 18.

Ähnlich wie bei den Geschlechtskrankheiten lassen sich die auf Alkoholismus beruhenden Leiden nicht unmittelbar aus den Statistiken erkennen. Aber auch der Alkoholismus ist eine zahlreich vorkommende Volksseuche, deren Folgen erst in Gestalt anderer Leiden medizinalstatistisch zutage treten.

Nerven- und Geisteskrankheiten nehmen ihrer Häufigkeit nach sowohl bei den Invaliditäts- wie bei den Todesursachen vordere Plätze ein, so daß unsere Aufmerksamkeit sich auch ihnen zuwenden muß.

Schließlich sei noch erwähnt, daß wir uns mit einer Gruppe von Krankheiten, die man als Krüppelleiden bezeichnet, zu befassen haben. Aus den Zeichnungen 22—24 geht zwar ihre Häufigkeit nicht hervor; aber die weite Verbreitung dieser Leiden ist durch gelegentliche Zählungen festgestellt worden. Diese Krankheiten haben durch den im Zusammenhang mit dem Kriege erfolgten Aufschwung der Orthopädie erheblich an Interesse für den Sozialhygieniker gewonnen.

Es ist, wie schon erwähnt wurde, unmöglich, daß wir hier alle Krankheiten, die sich durch besondere Häufigkeit auszeichnen, daraufhin prüfen, ob sich bei ihrer Entstehung oder ihrem Verlauf kulturelle Einflüsse geltend machen. Wir beschränken uns daher auf die akuten Infektionskrankheiten im allgemeinen, auf die chronischen Infektionskrankheiten Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten, auf Alkoholismus, die Nerven- und Geisteskrankheiten und das Krüppelwesen.

Zahlenmäßige Angaben, wie die wirtschaftlichen Verhältnisse auf die einzelnen Krankheitsarten einwirken, liegen nur spärlich und dann auch nicht immer in einwandfreier Gestalt vor. Am besten lassen sich die aus Bremen stammenden Ziffernreihen, die wir bereits auf S. 61 sowie 264 erwähnt haben und jetzt in unserer Tafel 108 wiedergeben, benutzen.

Es sei jedoch schon hier erwähnt, daß gerade auf manche Krankheitsarten, mit denen wir uns besonders zu beschäftigen haben, durchaus nicht nur wirtschaftliche, sondern auch sonstige kulturelle Einflüsse (Bildung, Erziehung, Weltanschauung, Sitten bestimmter Gesellschaftsklassen u. a. m.) entscheidend einwirken.

Allerdings sind diese Einflüsse nur selten einwandfrei nachzuweisen. So ist es z. B. nicht immer leicht festzustellen, ob eine bestimmte Krankheitsart bei den Anhängern der einen Konfession häufiger als bei denen einer anderen Konfession vorkommt. Zwar liegen gewisse Folgen des jeweiligen Glaubensbekenntnisses, wie Landsberg ausgeführt hat, offen zutage: bei den gesetzestreuen Juden tritt keine Trichinose auf, bei den Mohammedanern ist der Alkoholismus selten, und bei den Katholiken wird der Selbstmord weniger häufig als bei der Allgemeinheit vermerkt. Nun wurde aber z. B. für Berlin und Wien festgestellt, daß bei den Katholiken eine verhältnismäßig große Tuberkulosesterblichkeit, bei den Juden dagegen eine hohe Krebssterblichkeit zu verzeichnen ist. Diese Tatsachen hängen jedoch wohl kaum mit dem Glaubensbekenntnis zusammen; sie dürften hauptsächlich durch die Verschiedenheit der Wohlhabenheit, der Altersklassenbesetzung, auch der Lebensgewohnheiten, der Berufstätigkeit u. a. m. zu erklären sein. Es wäre zu wünschen, daß diese Fragen an einem hinreichend gegliederten Zahlenstoff untersucht werden.

Die Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die einzelnen Krankheitsarten können sich in mannigfaltiger Weise geltend machen. Die kulturelle Umwelt schafft und begünstigt vielfach die Krankheitsanlage, oft trägt sie zur Verschleppung der Krankheitserreger bei und häufig wirkt sie auf den Verlauf der Krankheiten ungünstig ein.

Literatur: *1.* ***Th. Altschul:*** *„Kritische Bemerkungen zur medizinischen Statistik“, Klin. Zeit- u. Streitfragen Bd. 8 Heft 8, Wien 1894. — 2.* ***A. Fischer:*** *a) siehe Fußnote 5 S. 12; b) „Gesundheitsstatistik“, Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspflege i. Deutsch. Reiche“, herausg. v. B. Möllers, Berlin 1923. — 3.* ***A. Gottstein:*** *„Morbiditätsstatistik“, Abhandl. i. „Die Statistik i. Deutschland“, herausg. v. F. Zahn, München 1911. — 4.* ***Grotjahn:*** *„Soziale Pathologie“, 3. Aufl., Berlin 1923. — 5.* ***F. Hirschfeld:*** *„Chronische Krankheiten und Lebensversicherung“, Abhandl. i. „Die deutsche Klinik a. Eingange d. 20. Jahrh.“, Berlin 1906. — 6.* ***Landsberger:*** *„Todesursachen und Konfession“, Med. Reform 1918 Nr. 3 u. 4. — 7.* ***Fr. Prinzing:*** *siehe Literatur S. 17 Ziffer 9. — 8.* ***Rösle:*** *siehe Literatur S. 17 Ziffer 10 a.*

2. Infektionskrankheiten (akute).

Zum Begriff der Infektion gehört, nach Löffler, unbedingt, daß ein Eindringling sich innerhalb des Wirtschaftsorganismus vermehrt, und zwar in dem Sinne, daß fortdauernd gleichwertige Individuen dieser Kleinlebewesen erzeugt werden. Hierdurch ist der Unterschied zwischen Infektion und Intoxikation (wie sie namentlich bei Vergiftungen in Gewerbebetrieben erfolgt) gekennzeichnet.

Ohne einen lebenden Krankheitserreger gibt es keine Infektion. Jedoch nicht jede Invasion von pathogenen Mikroparasiten führt zu einer Krankheit; dazu ist noch die Krankheitsanlage des befallenen Individuums erforderlich.

Für die öffentliche Gesundheitspflege haben im allgemeinen nur diejenigen Infektionskrankheiten[1]) eine besondere Bedeutung, die als Epidemien auftreten. Zu dem Gebiet der sozialen Hygiene gehören die Infektionskrankheiten insoweit, als sich bei ihnen soziale (kulturelle) Einwirkungen geltend machen.

Die Epidemien hat man in Pandemien und Endemien eingeteilt. Unter Pandemien versteht man die nur zeitweise herrschenden, aus anderen Ländern eingeschleppten Seuchen; es handelt sich hierbei um die sogenannten gemeingefährlichen Infektionskrankheiten Pest, Cholera, Pocken, Gelbfieber, Fleckfieber, Rückfallfieber. Dagegen spricht man von Endemien, wenn die Seuche auf einer der in dem jeweiligen Heimatsgebiet stets vorkommenden Infektionskrankheiten, wie z. B. im Deutschen Reich Scharlach, Masern, Diphtherie, Typhus, beruht. Zweckdienlich ist es, statt der obigen Namen die neuen Bezeichnungen Fremdseuchen und Heimseuchen zu benutzen.

Es sei auch darauf hingewiesen, daß manche Infektionskrankheiten akut, andere dagegen, wie z. B. Tuberkulose und Syphilis, chronisch verlaufen, und daß der Charakter der einzelnen Epidemie von der jeweiligen Krankheitsart abhängt. Manche Infektionskrankheiten befallen nur oder vorzugsweise gewisse Altersklassen, so z. B. Scharlach, Masern, Diphtherie das Kindesalter, andere, wie vor allem die Tuberkulose, werden hauptsächlich durch die soziale Umwelt, wieder andere, wie z. B. die Grippe, durch die Witterung beeinflußt.

Seitdem man durch die bakteriologischen Forschungen die Ätiologie vieler Infektionskrankheiten kennt, wurde auch der Kampf gegen die Seuchen erleichtert. Aber die Kenntnis des Krankheitserregers genügt noch nicht, um das Auftreten von Seuchen zu erklären. Im Experiment, wo man mit besonders empfindlichen Tieren und starkvirulenten Bakterien arbeitet, folgt allerdings stets auf die Impfung mit dem reingezüchteten Krankheitserreger die entsprechende Erkrankung. Die orthodoxen Bakteriologen sahen daher die alleinige

[1]) Bei Erysipel, Phlegmone, Pneumonie und anderen durch Bakterien erzeugten Erkrankungen werden gewöhnlich Epidemien nicht beobachtet.

Ursache für die Entstehung einer Seuche in der Berührung mit den Krankheitserregern. Daß bei jeder Epidemie zahlreiche Personen gesund bleiben, wurde mit mangelhafter Exposition erklärt, etwa nach der Art, wie ja auch in der Schlacht nicht jeder Kämpfer von einer Kugel getroffen wird. Aber der Hinweis der Dispositionisten auf die Bazillenträger, die doch pathogene Keime in sich bergen und trotzdem nicht krank geworden sind, genügt, um die Anschauung der Kontagionisten als einseitig erkennen zu lassen.

Eine Epidemie kommt nur zustande, wenn die erforderlichen Bedingungen vorhanden sind. Diese werden oft durch klimatische oder sonstige physische Einflüsse, oft auch durch soziale (kulturelle) Mißstände erzeugt, ganz abgesehen von der ererbten Disposition. Dies muß gegenüber der Kontagionslehre scharf hervorgehoben werden. Äußerte sich doch Robert Koch[1]): „Seuchen entstehen niemals allein durch Schmutz und Unrat, durch Ausdünstungen dicht zusammengehäufter Massen, durch Hunger, Durst, Entbehrungen, überhaupt nicht durch die Summe der Faktoren, welche man gewöhnlich mit dem Ausdruck ‚soziales Elend' zusammenfaßt, auch nicht durch klimatische Einflüsse, sondern durch Verschleppung ihrer spezifischen Keime, deren Vermehrung und Ausbreitung allerdings durch die genannten Einflüsse begünstigt werden können." Also nur hinsichtlich der Vermehrung und Ausbreitung der Keime wurde von Koch den genannten Einflüssen eine Bedeutung für die Seuchenentstehung zugeschrieben. Mit Recht hat diesen Darlegungen gegenüber Gottstein auf den Bericht Virchows über die oberschlesische Hungertyphusepidemie im Jahre 1849, wo die Epidemien mit großen Warnungstafeln verglichen werden (siehe oben S. 36), hingewiesen.

Die gegenwärtig herrschenden Ansichten hinsichtlich der Bewertung der Krankheitserreger einerseits und der Krankheitsanlage andererseits erkennt man wohl am besten aus einem Vortrag, den Rimpau im September 1921 auf der Hauptversammlung[2]) des Deutschen Medizinalbeamtenvereins gehalten hat. Rimpau erwähnte Robert Kochs Ausspruch „Die ersten Erkrankungen sind wie einzelne Funken, welche in ein Strohdach fallen", und fuhr dann fort: „Wir müssen heute sagen, daß die Bekämpfung sich nicht allein mit dem Funken zu beschäftigen hat, sondern sich auch um Beschaffenheit des Daches kümmern muß." Das „Dach" sind die Menschen, die je nach den ererbten Eigenschaften und der Umwelt sehr verschieden sind. Unsere gesetzliche Seuchenbekämpfung, auf die wir unten zu sprechen kommen, war jedoch bisher fast ausschließlich gemäß dem Standpunkte der Kontagionisten gestaltet; sie befaßte sich mit dem Krankheitserreger, berücksichtigte aber die Empfänglichkeit gegenüber der Krankheit und die sonstigen Bedingungen für die Entstehung bezw. Verbreitung der Seuchen zu wenig.

Um über die gegenwärtige Bedeutung der Seuchen für die öffentliche Gesundheitspflege in Deutschland ein auf Tatsachen gestütztes, weder zu Über- noch zu Unterschätzung neigendes Urteil zu gewinnen, muß man sich an die amtlich veröffentlichten Zahlen, die über die Häufigkeit der auf Infektionen beruhenden Krankheits- und Todesfälle unterrichten, halten.

Über das Vorkommen der als Fremdseuchen bezeichneten Infektionskrankheiten in Deutschland während des Jahres 1921 führt die amtliche Todesursachenstatistik[3]) folgende Ziffern an: Pest 0, Aussatz (Lepra) 1, Cholera asiatica 2, Fleckfieber 54 und

---

[1]) Nach Angabe von Gottstein.
[2]) Siehe den Bericht in „Zeitschr. f. Medizinalbeamte" 1921 Nr. 22.
[3]) Siehe die Fußnote 1 S. 351.

Pocken 109. Diese Zahlen sind sehr geringfügig; und es ist noch zu bemerken, daß solche Erkrankungen nur an den Reichsgrenzen und besonders in Hafenstädten zu verzeichnen sind. Vor dem Krieg waren die auf Fremdseuchen beruhenden Todesfälle ebenfalls sehr selten, wenn man von Ausnahmen, wie z. B. von der Choleraepidemie des Jahres 1892 zu Hamburg, absieht. Während des Weltkrieges ist freilich auch im Deutschen Reiche die Sterblichkeit an Pocken, Fleckfieber und Cholera asiatica vorübergehend stark gestiegen. Im Deutschen Reiche fehlen aber zu normalen Zeiten diese Fremdseuchen so gut wie ganz, während sie auch noch in den letzten Jahren vor dem Weltkriege in Rußland und manchen anderen Staaten, deren kulturelle Zustände an die unsrigen nicht heranreichen, sehr viele Menschenopfer gekostet haben.

Da jedoch die Todesursachenstatistik allein nicht hinreichend über die Zahl der vorgekommenen Erkrankungen, die ja durchaus nicht alle mit dem Tode endigen, unterrichten kann, so seien hier noch einige Ziffern aus der Heilanstaltsstatistik[1] angeführt. In den drei Berichtsjahren 1911—1913 zusammen wurden in deutschen Heilanstalten behandelt: Pest 0, Lepra 67, Cholera asiatica 2, Fleckfieber 86 und Pocken 509; in den Jahren 1914—1916 sind jedoch die betreffenden Zahlen infolge der Kriegsverhältnisse gestiegen. Diese Angaben der Heilanstaltsstatistik sind gut verwendbar, da die an den ausländischen Infektionen Erkrankten ausnahmslos in Krankenhäusern isoliert und daher statistisch erfaßt werden. Auch aus der Heilanstaltsstatistik geht hervor, daß die Fremdseuchen der Zahl der Krankheitsfälle nach bei uns in normalen Zeiten keine Rolle mehr spielen.

Über die Häufigkeit der Heimseuchen unterrichtet die Tafel 109.

Tafel 109.

Sterblichkeit infolge von Heimseuchen im Deutschen Reich.

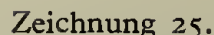
Von 100000 Einwohnern starben an:

Im Mittel der Jahresdurchschnitte	Allen Todesursachen überhaupt	Kindbettfieber	Scharlach	Masern und Röteln	Diphtherie und Krupp	Keuchhusten (seit 1905)	seit 1905: Typhus, bis 1904: Unterleibstyphus, gastrisches und Nervenfieber	Seit 1905: Tuberkulose, bis 1904: Lungenschwindsucht	Seit 1905: Magen- und Darmkatarrh, Brechdurchfall; bis 1904: akute Darmkrankheiten (ausschl. Brechdurchfall)	Brechdurchfall (bis 1904)
1877/1881	2671,9	14,4	56,8	27,6	99,8	—	43,6	357,7	147,3	116,8
1882/1886	2583,0	11,5	42,0	35,5	122,3	—	30,2	346,2	127,7	125,4
1887/1891	2343,9	8,0	21,2	27,6	99,7	—	20,6	304,0	120,0	138,2
1892/1896	2184,0	6,6	17,9	23,9	84,1	—	12,1	255,5	121,6	135,0
1897/1901	2045,6	5,1	20,0	21,3	31,1	—	10,4	218,7	137,1	150,7
1902/1906	1819,9	5,3	19,5	21,6	24,1	21,2[1])	6,5	201,9	175,6	109,0[2])
1907/1911	1630,3	5,5	14,8	16,8	24,9	16,8	5,1	184,3	197,6	—
1912	1459,1	5,4	10,1	14,0	22,6	16,2	3,6	165,6	114,8	—
1913	1401,7	5,6	10,4	14,3	21,8	11,8	3,4	156,5	122,0	—

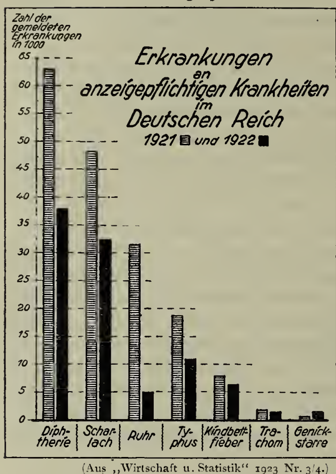
[1]) Durchschnitt aus den 2 Jahren 1905/06. [2]) Durchschnitt aus den 3 Jahren 1902/04.

(Statist. Jahrbuch f. d. Deutsche Reich 1915, Berlin 1915.)

[1]) Siehe „Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik im Deutschen Reiche für die Jahre 1911 bis 1913 und 1914 bis 1916“, Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Reichsgesundheitsamte Bd. 21, Berlin 1920.



Zeichnung 25.



(Aus „Wirtschaft u. Statistik" 1923 Nr. 3/4.)

Auch hier ist zu bemerken, daß man sich nicht allein auf die Todesursachenstatistik stützen darf. Da jedoch in den deutschen Gliedstaaten seit vielen Jahren die Anzeigepflicht auch gegenüber einigen Heimseuchen, wenngleich eine einheitliche reichsgesetzliche Regelung nicht besteht, vorgeschrieben ist, so liegen über die Häufigkeit dieser Erkrankungsfälle Angaben der einzelnen Staaten vor. Unsere Zeichnung 25 enthält die betreffenden Ziffern für 7 anzeigepflichtigen Krankheiten aus den Jahren 1921 und 1922.

In unseren Tafeln 110 und 111 bieten wir Zahlen, die über das Vorkommen von Scharlach, Diphtherie und Typhus in Baden und zugleich über die Letalität bei diesen Krankheiten unterrichten.

Den Tafeln 110 und 111 entnimmt man, daß in den letzten drei Jahrzehnten vor dem Weltkriege die wirklichen Zahlen der Erkrankungen an Scharlach und vor allem an Typhus

Tafel 110.

Scharlach und Diphtherie in Baden.

Zeitraum	Scharlach			Diphtherie und Krupp		
	Erkrankte	Gestorbene	Von 100 Erkrankten starben	Erkrankte	Gestorbene	Von 100 Erkrankten starben
Im Durchschnitt der Jahre						
1883/1890	2529	257	10,2	2569[1])	590[1])	23,0
1891/1900	1370	81	5,9	4740	852	18,0
				(+ 523[2])	(+ 235[2])	(44,9[2])
1904	2393	122	5,1	3708	333	9,0
1914	1756	46	2,6	3209	281	8,8

[1]) Ohne Krupp. [2]) Kruppfälle, seit 1895 anzeigepflichtig.

(Nach amtlichen Angaben.)

Tafel 111.

Typhus in Baden.

Im Durchschnitt der Jahre	Erkrankte	Gestorbene	Von 100 Erkrankten starben
1882/89	1464	268	18,3
1890/96	1081	161	14,9
1897/1904	898	142	15,8
1905/1914	486	67	13,8

(Nach amtlichen Angaben.)

erheblich zurückgegangen sind, und daß sich vor allem die Letalität, namentlich bei Diphtherie, stark verkleinert hat.

Auf Grund der Tatsachen in der Art unserer hier wiedergegebenen Zahlenreihen kam Grotjahn 1912 zu folgender Bewertung der Infektionskrankheiten für das gegenwärtige Gesundheitswesen:

„Schon vor der bakteriologischen Ära haben die europäischen Kulturvölker, an ihrer Spitze England, auf rein empirischem Wege durch Städteassanierung die Seuchen wirkungsvoll eingeschränkt. Mit dem Aufschwung der Bakteriologie hat dann Deutschland die Führung in diesem Kampfe übernommen, der zurzeit so gut wie entschieden ist. Wo heute die oben erwähnten Seuchen auftreten, liegt es niemals mehr an der Unfähigkeit der Medizin und Hygiene, sondern nur an der der Verwaltungsbehörden und dem Kulturstande des betreffenden Landes, wenn sie zu einem mehr als sporadischen Vorkommen gelangen."

Auf dem im Jahre 1921 veranstalteten 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag[1]) legte Grotjahn in seinem Bericht u. a. folgendes dar:

„Der Krieg hat uns gelehrt, daß die großen Seuchenzüge früherer Zeiten für uns wohl für immer ihre Schrecken verloren haben. Denn obgleich an Hunderten von Stellen Typhus, Flecktyphus, Cholera, Pocken ausbrachen, so ist es doch dank rechtzeitiger Erkenntnis der ersten Fälle mit Hilfe der bakteriologischen Untersuchungsmethoden und schneller Isolierung der Fälle gelungen, die Zahl der Todesfälle auf eine bisher in der Geschichte unerhört geringe Zahl herabzudrücken und eigentliche Seuchenzüge fast ganz zu vermeiden; die Probleme des Kampfes gegen die akuten Infektionskrankheiten brauchen daher nicht mehr im Vordergrund weder der theoretischen Forschung, noch der praktischen Betätigung des behördlichen Apparates zu stehen. Um so mehr drängen sich aber die im eigentlichen Sinne sozialhygienischen Aufgaben, die sich vorwiegend mit der Bekämpfung und Verhütung chronischer Krankheiten und Körperfehler namentlich der Kinder und Frauen befassen, in den Vordergrund des hygienischen Interesses."

Diesen Ansichten wird man im wesentlichen zustimmen können. Es ist richtig, daß die Verhütung der Fremdseuchen in der Hauptsache eine Kulturfrage des betreffenden Staates ist. Es trifft auch zu, daß jetzt neben den Problemen des Kampfes gegen die akuten Infektionskrankheiten bedeutungsvolle Aufgaben gegenüber den chronischen Infektionskrankheiten und auf anderen sozialhygienischen Gebieten zu lösen sind. Die wissenschaftliche Forschung und die Betätigung der Behörden dürfen nicht mehr, wie ehedem, fast ausschließlich auf die akuten Infektionskrankheiten beschränkt sein; sie sollen aber auch nicht, was den Worten Grotjahns entnommen werden könnte, in ihrem Eifer bei der Seuchenbekämpfung[2]) nachlassen.

Wir haben aus unseren Tafeln 110 und 111 ersehen, daß zurzeit die Letalität bei den Heimseuchen Scharlach, Diphtherie, Typhus verhältnismäßig gering ist. Aber bei manchen Fremdseuchen ist die Letalität überaus hoch; sie beträgt bei Pest 90%, bei Cholera 50%, bei Pocken 20—50%, bei Fleckfieber 30%. Wir wissen nicht, ob die jetzt verhältnismäßig geringe Letalität bei den Heimseuchen sich nicht wieder vergrößern wird; es ist durchaus möglich, daß die Virulenz der Erreger dieser Krankheiten vorübergehend abgeschwächt ist, oder daß der gegenwärtigen Menschengeneration eine gewisse Widerstandsfähigkeit von den Vorfahren, die die betreffenden Krankheiten überstanden haben, überkommen ist. Wie dem auch sei; auch der Charakter der Heimseuchen könnte wieder gefährlicher werden. Auf keinen Fall dürfen die wissenschaftliche Forschung (namentlich zur Herstellung von

---

[1]) Siehe „Bericht über den 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag in Berlin", herausg. von Rabnow, Berlin 1921.

[2]) Einen Abbau der Seuchenbekämpfung wünscht Grotjahn wohl selbst nicht. Manche seiner Darlegungen haben jedoch Widerspruch hervorgerufen. Siehe Kathe: „Sind die bakteriologischen Untersuchungsämter abzubauen?", Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1924 Nr. 4.

Heil- und Immunsera) und die behördlichen Maßnahmen gegenüber Fremd- und Heimseuchen vernachlässigt werden. Aber zugleich ist zu fordern, daß die Gesundheitsverwaltungen sich in Zukunft noch weit mehr als bisher den sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Bedingungen, die für das Entstehen von Infektionskrankheiten erforderlich sind, zuwenden.

Es sei nur darauf hingewiesen, daß die Krätze, gegen die man seit langer Zeit zuverlässig wirkende Heilmittel besitzt, in den letzten Jahrzehnten vor dem Kriege stets gleich stark verbreitet war, im wesentlichen aber nur in den kulturell unteren Volksschichten herrschte; die Wissenschaft versagte gegenüber dieser Volkskrankheit keineswegs, wohl aber die kulturelle Entwicklung. Und was hier von der Krätze angeführt wurde, gilt sinngemäß auch für den Kampf gegen die Darmerkrankungen der Säuglinge, die Tuberkulose und die Geschlechtskrankheiten. Nur durch tiefgreifende Änderungen auf den Gebieten der Volkswirtschaft, Volksbildung und Sittlichkeit können wir zu befriedigenden Zuständen gelangen.

Von manchen Rassehygienikern wurde betont, daß die Epidemien, welche die Widerstandsunfähigen dahinraffen, insbesondere in den Reihen der Kinder geradezu eine Auslese erwirken und dadurch die Rasse verbessern. Hieraus wurde dann gefolgert, daß in dem Kampf gegen die Infektionskrankheiten eine Gefahr für die Nation liegt. Es sei jedoch sogleich betont, daß die deutschen führenden Rassehygieniker, insbesondere Schallmayer[1]) und Plötz[1]), jede kulturelle und humanitäre Einschränkung in jenem Zusammenhang für indiskutabel erklärt haben. Bemerkt sei zunächst, daß ja viele Infektionskrankheiten die Rassetüchtigen ebenso wie die Schwachen vernichten. Hier trifft der Vergleich mit der Schlacht zu, in der die großen und kräftigsten Soldaten ebenso wie die konstitutionell Minderwertigen von der gleichen Granate zerrissen werden. Ja man hat sogar beobachtet, daß bisweilen gerade die gesündesten Personen am ehesten gewissen Infektionskrankheiten, wie z. B. der Grippe des Herbstes 1918, erliegen. Zuzugeben ist, daß Menschen von schwacher Körperbeschaffenheit sich gegen manche Infektionskrankheiten, insbesondere gegen Tuberkulose, weniger widerstandsfähig zeigen. Aber die Minderwertigkeit der Konstitution wird ja nicht immer ererbt und vererbt, sondern ist oft nichts anderes als die Folge ungünstiger sozialer Zustände. Die Verbesserung der kulturellen Verhältnisse und die anderen bisher angewandten und in Zukunft noch wirkungsvoller zu gestaltenden Seuchenbekämpfungsmaßnahmen haben für das Gesundheitswesen einen so überragenden Wert, daß man sich mit einem etwa hierbei entstehenden Nachteil in rassehygienischer Hinsicht ruhig abfinden kann.

* * *

Solange man keine sicheren Kenntnisse von dem Wesen der Infektionskrankheiten besaß, stand man den Seuchen völlig hilflos gegenüber. In früheren Jahrhunderten wurden große Feuer auf Straßen und Plätzen angezündet, weil man meinte, dadurch die in der Luft vermuteten krankmachenden Ausdünstungen vernichten zu können, oder man veranstaltete Wallfahrten. Zeitweise verbrannte man die Juden in der Annahme, sie hätten die Brunnen vergiftet.

Man ahnte jedoch schon in frühen Zeiten, daß die Gefahr von den Erkrankten ausgeht und gelangte so auf den Gedanken der Absonderung. Sie wurde bei dem Aussatz (Lepra)

[1]) Siehe Literatur S. 218 Ziffer 17 und 18

mit aller Strenge durchgeführt, und mit Hilfe der Leprösenanstalten hat man die besten Erfolge erzielt. Aber die Verschiedenartigkeit der einzelnen Seuchen erschwerte die Einrichtung wirkungsvoller Maßnahmen.

Die Erkenntnis, daß die Völker ein gemeinsames Interesse an dem Kampf gegen die Seuchen, die ja an der Landesgrenze nicht haltmachen, besitzen, drang erst spät durch; zunächst suchte jeder Staat nur sich gegen die Einschleppung der Seuchen zu schützen. So entstanden die Bestimmungen, für die der Name Quarantäne geprägt wurde. Diese Einrichtung wurde zuerst im 15. Jahrhundert von der Republik Venedig geschaffen. Die Reisenden und die Schiffsgüter wurden 40 Tage (quaranta) zum Zwecke der Beobachtung abgesondert.

Allmählich sahen die europäischen Staaten aber ein, daß sie der Seuchengefahr gemeinsam entgegentreten müssen. So kam es 1838 auf Frankreichs, 1843 auf Englands Anregung zu entsprechenden internationalen Konferenzen. Naturgemäß war es jedoch damals noch überaus schwer, eine Einigung zu erzielen. Nach mehreren fruchtlosen Versuchen wurde zum erstenmal 1892 in Venedig eine Verständigung aller seefahrenden Völker erreicht. Weitere internationale Übereinkünfte folgten 1897, 1903 und 1911; sie befaßten sich lediglich mit der Verhütung von Fremdseuchen.

Die Absonderung der gefährlichen Kranken, die, wie oben erwähnt, schon seit vielen Jahrhunderten gehandhabt wurde, war jedoch nicht das einzige im Kampfe gegen die Seuchen angewandte Mittel der vorbakteriologischen Zeit. Man hatte längst beobachtet, daß bei jeder Seuche die Sterblichkeit in alten Städten mit schlecht gehaltenen Straßen, verunreinigtem Boden und mangelhaften Brunnen besonders hoch war. So schritt man zu all den Maßnahmen, die unter dem Namen Städtereinigung zusammengefaßt werden.

Die Engländer waren das erste Volk, das seit etwa 1840 die auf jenen Beobachtungen beruhenden Theorien in die Tat umsetzte. In der Public Health Act vom Jahre 1848 wurde den zu gründenden Ortsgesundheitsämtern die Sorge für Anlage und Überwachung von Entwässerungs- und Schwemmkanälen, Brunnen, Pumpwerken, Wasserleitungen, Beseitigung aller Abfall- und Schmutzstoffe, Einführung von Wasserklosetts in allen öffentlichen und privaten Häusern, Errichtung von Schlachthäusern, Überwachung gefährlicher Gewerbe, Pflasterung und Reinigung der Straßen, Beaufsichtigung der Wohnungen, namentlich in öffentlichen Wohnhäusern und Kellerwohnungen, Anlage unschädlicher Begräbnisplätze u. a. m. übertragen. Diese großzügigen Maßnahmen zeitigten u. a. den Erfolg, daß man in London, wo früher jede Choleraepidemie eine gewaltige Zahl von Menschenleben hinraffte, dieser Seuche Herr wurde.

Das englische Vorbild der Städtereinigung wurde in allen Kulturstaaten nachgeahmt, insbesondere in Deutschland. Um die Mitte des 19. Jahrhunderts herum wurden in München und Berlin unter dem Einfluß Pettenkofers bezw. Virchows entsprechende gesundheitstechnische Einrichtungen getroffen; andere deutsche Städte folgten sehr schnell diesen Beispielen. So kam es, daß nicht nur Berlin, sondern auch München und Danzig, die als Typhusnester gefürchtet waren, nach dem Bau der Wasserleitungen und der Kanalisationen eine ganz niedere Typhussterblichkeit aufwiesen. Andererseits aber konnten diese gesundheitstechnischen Maßnahmen, deren hygienischer Nutzen nicht hoch genug veranschlagt werden kann, in Anbetracht der Verschiedenartigkeit, welche die Infektionskrankheiten zeigen, nicht für die Bekämpfung aller Seuchen genügen.

Unter dem Eindruck der Pockenepidemie, die nach dem Kriege 1870/71 in Deutschland dreimal soviel Menschenopfer wie der Krieg gekostet hatte, wurde das Reichsimpfgesetz im Jahre 1874 verabschiedet. Zu weiteren reichsgesetzlichen Maßnahmen, die der Seuchenbekämpfung dienen sollten, kam es aber erst infolge der Choleraepidemie des Jahres 1893. Nach langjährigen Vorarbeiten wurde das Reichsgesetz vom 30. VI. 1900 betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten (RGBl. S. 306 ff.) geschaffen. Dies sog. Seuchengesetz erstreckt sich nur auf die Fremdseuchen: Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Gelbfieber, Pest und Pocken; die wiederholt unterbreiteten Vorschläge, das Gesetz auch auf die Heimseuchen zu beziehen, wurden vom Reichstag abgelehnt, weil man meinte, die Bekämpfung dieser Infektionskrankheiten könne besser durch die Landesgesetzgebung erfolgen, und die wünschenswerte Einheitlichkeit würde durch das im Jahre 1876 gegründete Kaiserliche Gesundheitsamt und den im Jahre 1900 gebildeten Reichsgesundheitsrat erreicht werden. Bemerkt sei noch, daß der Bundesrat, nach § 5 Absatz II des Gesetzes, die Anzeigepflicht auch auf andere Krankheiten ausdehnen kann.

Nach dem genannten Gesetz sind bei den sechs dort angeführten Seuchen jeder Krankheits- und jeder Todesfall sowie jeder Verdächtige der zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen. Die Anzeigepflicht besteht insbesondere für den Arzt, den Haushaltungsvorstand und gegebenenfalls für den Leichenschauer. Die Polizei hat von der Anzeige dem zuständigen beamteten Arzt Kenntnis zu geben. Dieser hat dann die erforderlichen Ermittlungen über Art, Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen. Um die Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten zu verhüten, können Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln angeordnet werden. Kranke oder verdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen und abgesondert werden. Die Desinfektion der in Betracht kommenden Räume und Gegenstände kann angeordnet werden. Die dem allgemeinen Gebrauch dienenden Einrichtungen für Versorgung mit Trink- und Wirtschaftswasser und für die Fortschaffung der Abfallstoffe sind fortlaufend durch staatliche Beamte zu überwachen. Die Gemeinden sind verpflichtet, für die Beseitigung der vorgefundenen gesundheitsgefährlichen Mißstände Sorge zu tragen.

Es leuchtet sofort ein, daß ein Seuchengesetz, das sich nur auf die genannten sechs Fremdseuchen bezieht, unzureichend ist. Mit Recht wurde bereits 1902 von Wodtke[1]) darauf hingewiesen, daß in dem Zeitraum von 1891 bis 1900 an jenen sechs Affektionen zusammen 2301, an den anderen Infektionskrankheiten aber 1435059 Personen gestorben sind. Es war daher dringend erforderlich, das Reichsgesetz durch Maßnahmen in den einzelnen Bundesstaaten zu ergänzen. Braunschweig machte hierbei den Anfang mit seinem Gesetz vom 26. VI. 1904. In Preußen wurde das Gesetz betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 28. VIII. 1905 geschaffen. Die übrigen Bundesstaaten begnügten sich mit entsprechenden ministeriellen Verordnungen. Alle diese Maßnahmen lehnen sich an das Reichsseuchengesetz an und ergänzen es, allerdings in den einzelnen Bundesstaaten besonders hinsichtlich der Anzeigepflicht recht verschiedenartig. An berechtigter Kritik dieser Gestaltung fehlt es nicht.

Dies kam namentlich auf der schon erwähnten Tagung des Deutschen Medizinalbeamtenvereins im Jahre 1921 deutlich zum Ausdruck. Welche Ansprüche gegenwärtig gestellt werden, zeigen die dort einstimmig angenommenen Leitsätze, die wörtlich wiedergegeben werden sollen; sie lauten:

[1]) Nach Angabe von Gumprecht.

„1. Eine Vereinheitlichung der Seuchengesetzgebung im Reiche ist im Interesse der Bekämpfung und Erforschung der Heimseuchen nötig.

2. Als erreichbar wird angesehen, daß

a) der Reichsrat auf Grund des § 5 II des Reichsgesetzes betreffend die Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten vom 30. VI. 1900 eine Anzeigepflicht einführt und Leitsätze oder Anweisungen zur Bekämpfung der betreffenden Seuche herausgibt, die der Seuchengesetzgebung der Einzelstaaten als Unterlage dienen;

b) das Reich durch das Reichsgesundheitsamt die Einheitlichkeit auf dem Gebiete der Seuchenbekämpfung herbeiführt.

3. Es ist im Reiche und in den einzelnen Ländern eine größere Selbständigkeit des Medizinalwesens gegenüber den Verwaltungsbehörden anzustreben. Der erste Schritt dazu ist, daß die Anzeigen statt an die untere Verwaltungsbehörde an den beamteten Arzt gerichtet werden.

4. Vom Reiche ist die Anzeigepflicht

a) im Erkrankungs- und Todesfalle für folgende Krankheiten anzuordnen: Diphtherie, Genickstarre, Kindbettfieber, Milzbrand, Ruhr, Scharlach, Tollwut einschließlich der Bißverletzungen, Typhus, Paratyphus, Blennorrhoe der Neugeborenen, Rückfallfieber, Körnerkrankheit mit Eiterabsonderung, Rotz, Trichinose, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung, spinale Kinderlähmung, Malaria, Wurmkrankheit, Varicellen bei Erwachsenen; bei Masern, Keuchhusten, Mumps, Röteln, beim Auftreten in Schulen, Seebädern, Kurorten;

b) im Verdachtsfalle für Milzbrand, Typhus, Ruhr, Genickstarre, Kindbettfieber, Rückfallfieber, Rotz.

5. Für die Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrankheiten ist ein besonderes Reichsgesetz zu fordern.

6. Das Reichsgesetz über die obligatorische Leichenschau, das seit 50 Jahren gefordert wird, ist für die Erforschung und Bekämpfung der einheimischen Seuchen unbedingt notwendig. Die Leichenschau ist in der Regel durch Ärzte, ausnahmsweise durch anderes Gesundheitspersonal auszuführen.

7. Die Ermittlungen sind grundsätzlich von den beamteten Ärzten des Staates vorzunehmen, alle Beschränkungen bei der Anordnung und Ausführung der Ermittlungen haben fortzufallen. Ermittlungsbögen, die als Unterlage der Berichte über Ermittlungen dienen, sind für alle Krankheiten, die in Frage kommen, vom Reiche auszuarbeiten; ihre Einführung ist den Einzelstaaten nahezulegen.

8. Eine Reichsdesinfektionsordnung ist zu fordern.

9. Die Frage der sanitätspolizeilichen Behandlung und der Entschädigung der Bazillenträger ist vom Reiche zu regeln.

10. Die Kosten zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten sind soweit als möglich aus öffentlichen Mitteln zu tragen.

11. Voraussetzung für eine volle erfolgreiche Seuchenbekämpfung ist verständnisvolle Mitwirkung der Bevölkerung. Zu diesem Ende ist hygienische Volksbelehrung, beginnend im Schulunterricht, dringendes Erfordernis.“

Diese Leitsätze können in allen Stücken gebilligt werden. Sie sind jedoch insofern noch zu ergänzen, als der Hinweis fehlt, daß zu den wichtigsten Gegenwartsforderungen bei der Seuchenbekämpfung auch die Beseitigung oder Milderung der zahlreichen sozialen Mißstände, die hier nicht im einzelnen angeführt zu werden brauchen, sowie die Erziehung zur Sittlichkeit gehören.

* * *

Aus der großen Reihe der akuten Infektionskrankheiten seien nun noch drei besonders erörtert.

Zunächst müssen wir uns etwas eingehender mit den Pocken befassen. Denn diese Seuche war es, gegen die das erste deutsche Hygienegesetz, dessen Beseitigung jetzt einflußreiche Kreise fordern, geschaffen wurde. Wie das Gesetz wirkt, erkennt man daran, daß bis 1873 jährlich mehrere Tausend Menschen im Deutschen Reiche an Pocken gestorben sind, während diese Krankheit den jetzigen deutschen Ärzten so gut wie nie zu Gesicht kommt, und daß im Weltkrieg in Österreich, das den Impfzwang nicht eingeführt hatte, etwa zehnmal soviel Pockenfälle festgestellt wurden wie bei uns.

Die Impfung von Menschen mit Kuhpockenstoff zum Zwecke der Krankheitsverhütung wurde zum ersten Male von dem englischen Landarzte Jenner[1]) am 14. Mai 1796 planmäßig ausgeführt. In Deutschland wird jetzt bei der Impfung stets Kuhpockenlymphe (früher Lymphe von anderen geimpften Menschen) verwandt, wodurch die syphilitischen oder sonstigen Ansteckungen vermieden werden. Zur Herstellung des Impfstoffes wurden in Deutschland 22 staatliche Impfanstalten geschaffen.

Der durch die Impfung erzielte Schutz währt nur einige Jahre; Wiederholungen sind daher erforderlich. Die Zwangsimpfung erstreckt sich in Deutschland auf die Kinder im 1. bis 2. und im 12. Lebensjahr. Auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses wird vorübergehend Befreiung von der Impfpflicht bewilligt. In Deutschland werden jährlich nach Angabe von Gumprecht etwa 6% der Gesamtbevölkerung geimpft. Die Kosten für den Impfstoff und die Impfungen sind allerdings nicht gering, können aber im Hinblick auf die großen Erfolge getrost aufgewandt werden.

Daß selbst bei der Impfung mit Kuhlymphe gelegentlich eine unliebsame Begleiterscheinung auftritt, ist zuzugeben. Die Gefahr ist jedoch nicht so groß, daß deshalb, wie die zahl- und einflußreichen Impfgegner[2]) verlangen, das Impfgesetz beseitigt oder gemildert (Einführung der Gewissensklausel nach englischem Vorbild) werden darf. Erforderlich ist allerdings, daß diejenigen, welche nachgewiesenermaßen infolge der Impfung in ihrer Gesundheit beeinträchtigt werden, auf Staatskosten zu entschädigen sind.

Des weiteren sind hier der Milzbrand und die Wurmkrankheit hervorzuheben, weil bei diesen Krankheiten der Einfluß der Berufstätigkeit mit aller Deutlichkeit zutage tritt. Der Erreger des Milzbrands ist ein verhältnismäßig plumper Bazillus, den bereits 1849 bezw. 1850 unabhängig voneinander Pollender, Brauell und Davaine entdeckten. Robert Koch gelang es im Jahre 1876, den Milzbrandbazillus mittels fester Nährböden rein zu züchten, was für die Entwicklung der Bakteriologie[3]) bahnbrechend wirkte. Die Krankheit befällt Rinder, Schafe, Schweine usw. und wird dadurch auf Menschen, die sich mit solchen Tieren oder Teilen von ihnen beruflich zu befassen haben, übertragen. Im Deutschen Reich[4]) wurden während der Jahre 1910—1919 1357 Erkrankungsfälle, von denen 205 zum Tode führten, verzeichnet. Die Erkrankung kommt vorzugsweise bei Landwirten und landwirtschaftlichen Arbeitern, Schlächtern, Abdeckern,

[1]) Wie hoch die Schutzimpfung von einsichtigen Ärzten sofort geschätzt wurde, ersieht man aus dem von dem Bückeburger Dr. B. C. Faust veröffentlichten „Zuruf an die Menschen" (Hannover 1804); hier wird dazu aufgefordert, daß alle Völker an jedem 14. Mai ein Dankfest veranstalten. In Berlin feierte die Hufelandsche Gesellschaft lange Zeit alljährlich die Wiederkehr des 14. Mai. (Siehe J. Bornträger: „Das Buch vom Impfen", Leipzig 1901.)

[2]) Zu den Impfgegnern gehört auch Grotjahn insofern, als er den Impfzwang beseitigt wissen will. In diesem Sinne hat er sich auch im Reichstag geäußert. Sein Standpunkt wird aber in Deutschland wohl von allen Sachverständigen abgelehnt. Siehe H. A. Gins: „Ist die Einführung der Gewissensklausel nach englischem Muster in Deutschland empfehlenswert?", Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1922 Nr. 12; dazu Grotjahn: „Erwiderung", ebenda 1922 Nr. 20.

[3]) Den gewaltigen Eindruck, den die Entdeckung Kochs sofort hervorrief, erkennt man aus folgender Schilderung: „Als der Wollsteiner Kreisphysikus Robert Koch dem Breslauer Botaniker Ferd. Cohn unter Zurückweisung der Institutsmikroskope mit seinem eigenen, aus Wollstein mitgebrachten, die von ihm gefundenen Milzbrandbazillen zeigte, schickte der zuerst sehr skeptische Professor nach der Klinik die Aufforderung an alle Ärzte, sofort herüberzukommen: Eine neue Epoche der Medizin sei eben eröffnet worden." (Siehe Ascher: „Zur Verbesserung des preußischen Gesundheitswesens", Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1918 Nr. 3.)

[4]) Siehe „Veröffentlichungen d. Reichsgesundheitsamtes" vom 7. XII. 1921.

sowie bei Personen, die in Häute- und Fellhandlungen, Gerbereien, Roßhaarspinnereien und Bürstenmachereien tätig sind, vor. Während des Krieges sind die jährlichen Erkrankungsziffern sehr stark zurückgegangen, von 198 im Jahre 1913 auf 25 im Jahre 1918 und auf 18 im Jahre 1919. Dies Ergebnis ist auf die verminderte Einfuhr ausländischer Rohstoffe zurückzuführen und zeigt zugleich, wie sehr die Verbreitung der Krankheit bei uns mit der Einschleppung des Erregers vom Auslande her zusammenhängt. Um die Krankheit bei den Menschen zu verhüten, müßte es vermieden werden, kranke Tiere zu berühren. Aber es ist schwer, die Krankheit bei den Tieren zu erkennen, und der Berührung mit infizierten Fellen, Haaren und Borsten können die in den genannten Betrieben Beschäftigten nicht leicht aus dem Wege gehen.

Der Erreger der Wurmkrankheit, die zu bösartiger Blutleere und oft gänzlichem Verfall führt, ist ein Eingeweidewurm, Ankylostoma duodenale. Es handelt sich hier um eine Bergarbeiterkrankheit, die von Ungarn eingeschleppt wurde. Die Übertragung erfolgt zumeist durch die Verdauungsorgane, aber auch durch die Haut, in die sich die Larven des Wurms einbohren. Für die Entwicklung der Eier und Larven sind hohe Temperaturen, Ausschluß des Sonnenlichts und hoher Feuchtigkeitsgehalt der Luft erforderlich; daher findet die Infektion fast nur an der unter Tage befindlichen Arbeitsstelle statt, während fast nie eine Übertragung auf die Familienangehörigen der Bergarbeiter festzustellen ist. Wie schnell die Wurmkrankheit verbreitet wird, geht aus den Feststellungen des Knappschaftsvereins[1]) zu Bochum hervor, wonach 1896 auf 16 Zechen 107 Krankheitsfälle = 0,64% der Belegschaft, 1902 aber bereits auf 69 Zechen 1355 Krankheitsfälle = 5,29% der Belegschaft vorkamen. Da die Wurmkrankheit nur durch die Verschmutzung des Bergwerks entsteht, ist es erforderlich, nicht nur Infizierte von der Arbeit fernzuhalten, sondern auch die Fäkalien und den Grubenschlamm zu beseitigen, für einwandfreies Trinkwasser zu sorgen und die Arbeiter zu belehren. In diesem Sinne sind vom Oberbergamt Dortmund bergpolizeiliche Vorschriften getroffen worden, mit dem Erfolg, daß die Wurmkrankheit zurzeit so gut wie erloschen ist.

Literatur: *1.* **Finkelnburg:** *„Die öffentliche Gesundheitspflege Englands", Bonn 1874.* — *2.* **A. Fischer:** *„Infektionskrankheiten", Art. i. Handw. d. Staatsw. 4. Aufl. Bd. 5, Jena 1922.* — *3.* **Gottstein:** *„Epidemiologie", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912.* — *4.* **Grotjahn:** *a) „Soziale Pathologie", Berlin 1912; b) „Leitsätze der sozialen und generativen Hygiene", 2. Aufl., Sozialhyg. Abhandl. Nr. 3, Karlsruhe 1923.* — *5.* **Gumprecht:** *„Prophylaxe der Infektionskrankheiten", Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl. Bd. 8 Abt. 3, Leipzig 1921.* — *6.* **W. Hoffmann:** *„Die wichtigsten Kriegsseuchen", Abhandl. i. „Die deutschen Ärzte i. Weltkriege", Berlin 1920.* — *7.* **E. Hübner:** *„Allgemeine Epidemiologie u. Immunität", Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl. Bd. 8 Abt. 1, Jena 1918.* — *8.* **M. Kirchner:** *„Allgemeine Gesichtspunkte für die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten", Abhandl. i. „Handb. d. prakt. Hyg.", herausg. v. Abel, Jena 1913.* — *9.* **F. A. J. Löffler:** *„Grundzüge der Lehre von der Infektion und Immunität", Abhandl. i. „Handb. d. prakt. Hyg.", herausg. v. Abel, Jena 1913.* — *10.* **Rimpau:** *„Die Vereinheitlichung der Seuchenbekämpfung im Deutschen Reiche", Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1921 Nr. 22.* — *11.* **Solbrig:** *„Die neuen Desinfektionsvorschriften in Preußen", Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 3.*

3. Tuberkulose.

Unter den Infektionskrankheiten nimmt die Tuberkulose schon wegen ihrer Häufigkeit und ihres chronischen Verlaufes eine besondere Stellung ein; und da überdies hierbei die soziale Umwelt von maßgebendem Einfluß ist, so muß sich der Sozialhygieniker ganz besonders mit dieser Krankheit befassen.

[1]) Siehe W. Ewald: „Soziale Medizin", Berlin 1911.

Unsere Tafeln 39 (S. 111) und 107 (S. 349) enthalten Angaben über die Tuberkulosesterblichkeit im Deutschen Reich, die Zeichnungen 16 (S. 92) und 17 (S. 112) legen den Einfluß der Volksernährung auf die Tuberkulosesterblichkeit dar, auf S. 127 wurde gezeigt, wie die Wohnungsverhältnisse auf die Tuberkulose einwirken, der Tafel 62 (S. 256) und den Ausführungen auf Seite 261 sowie der Tafel 71 (S. 263) war zu entnehmen, wie häufig die Tuberkulose im Kindesalter vorkommt, die Parallelbewegung von Säuglings- und Tuberkulosesterblichkeit wurde auf Seite 246 geschildert, und über die Zahl der Krankheits-, Invaliditäts- und Sterbefälle, welche die Tuberkulose innerhalb der Arbeiterklasse verursacht hat, unterrichtet der Abschnitt „Arbeiter". Trotzdem wir uns bereits an so vielen Stellen mit der Tuberkulose beschäftigt haben, müssen hier noch ergänzende Darlegungen angereiht werden.

Tafel 112.

Die Tuberkulosesterblichkeit in deutschen Staaten in den Jahren 1892 bis 1920.

Staaten	Auf je 10000 der mittleren Bevölkerung trafen Sterbefälle an Tuberkulose aller Organe in den Jahren					
	1892—95	1896—1900	1901—05	1906—10	1913	1920*)
Baden	28,4	25,6	23,5	22,4	18,4	18,5
Bayern	31,3	29,2	28,0	24,5	17,7	15,1
Hessen	32,3	29,9	27,8	22,1	16,4	17,0
Württemberg .	23,7	22,9	21,2	18,0	14,3	14,2
Preußen . . .	24,2	20,8	19,1	16,1	13,6	16,3
Sachsen . . .	23,9	22,1	18,2	15,5	12,9	12,4

*) Die Zahlen für 1920 wurden auf die Bevölkerungsziffern vom 8. X. 1919 bezogen.

(Nach amtlichen Angaben zusammengestellt bezw. berechnet.)

Zunächst sei in unserer Tafel 112 eine Übersicht über die Tuberkulosesterblichkeit in den größten deutschen Gliedstaaten während der Zeit von 1892 bis 1920 geboten. Man entnimmt der Tafel 112, daß sich die Tuberkulosesterblichkeit in allen Gliedstaaten während der letzten Jahrzehnte vor dem Weltkriege bis 1913 ständig verringert hat; in manchen Staaten sind die Sterbeziffern aber 1920 etwas größer als 1913, was noch als eine der Kriegsfolgen zu betrachten ist. Bemerkenswert ist, daß 1913 und 1920 Baden (im Gegensatz zu den Ergebnissen während der Jahre 1892 bis 1900) die höchsten Ziffern aufweist. Diese Tatsache ist zum großen Teil auf die in Baden besonders weit ausgedehnte Frauenarbeit (siehe Tafel 20 auf S. 70) zurückzuführen.

Über die Beteiligung der beiden Geschlechter und der einzelnen Altersklassen an der Tuberkulosesterblichkeit in Preußen[1]) unterrichtet die Zeichnung 26. Vergleicht man diese mit der Zeichnung 5 (S. 56), so sieht man auf den ersten Blick den großen Unterschied zwischen dem Verlauf der allgemeinen Sterblichkeit und dem der Tuberkulosesterblichkeit. Bei der letzteren findet man die höchsten Ziffern in den mittleren Altersklassen. Das weibliche Geschlecht zeigt im allgemeinen niedrigere Zahlen als das männliche, aber in den Altersklassen von 5 bis 20 und von 25 bis 50 Jahren ist das Verhältnis umgekehrt.

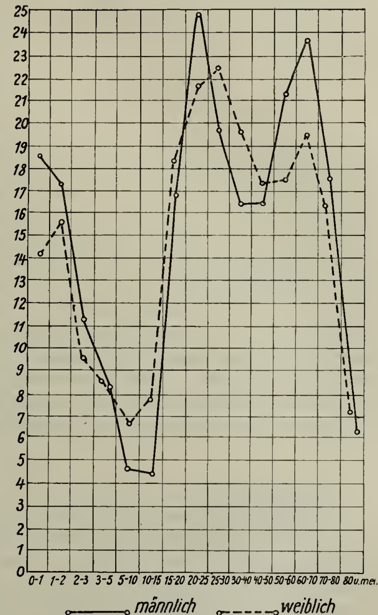
[1]) Siehe „Medizinalstatistische Nachrichten", herausg. vom Preuß. Stat. Landesamt, Berlin 1923, Jahrg. 11 Heft 2.

Auch über die Verschiedenartigkeit der Tuberkulosesterbeziffern in Stadt und Land liegen aus Preußen Angaben vor. Es starben 1920 in Preußen auf 10000 Lebende an Tuberkulose aller Formen in der Stadt 19,05 bei dem männlichen und 18,52 bei dem weiblichen Geschlecht, dagegen auf dem Lande 11,81 bei dem männlichen und 13,74 bei dem weiblichen Geschlecht. Man sieht, daß das Land hierbei günstiger dasteht als die Städte, was wohl zum großen Teil darauf zurückzuführen ist, daß die Ernährungszustände bei der Landbevölkerung zumeist besser sind als bei den Städtern. Zu beachten ist aber, daß auf dem Lande die Sterblichkeit bei dem weiblichen Geschlecht höher ist als bei dem männlichen. Bemerkenswert sind ferner die Angaben des badischen Bezirksarztes Dörner, der die Tuberkulosesterblichkeit in einem landwirtschaftlichen und in einem industriellen Bezirke Badens an der Hand der Sterberegister untersucht hat. Die betreffenden Ziffern veranschaulicht unsere Zeichnung 27. Man sieht, daß die Kurve des landwirtschaftlichen Bezirkes wesentlich tiefer liegt, als die Kurve des industriellen Bezirkes. Von ganz besonderer Bedeutung ist aber, daß, wie man der Zeichnung 27 entnimmt, eine Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit weder in dem landwirtschaftlichen noch in dem industriellen Bezirk seit dem Zeitraum 1852/61 feststellbar ist. Die sonst beobachtete Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit fehlt in diesen Bezirken nach Angabe Dörners, vorzugsweise weil hier die weibliche Erwerbsarbeit wesentlich zugenommen hat.

Zeichnung 26.

Tuberkulosesterblichkeit nach Altersklassen und Geschlecht in Preußen 1920.

Von 10000 Lebenden starben an Tuberkulose:



(Nach amtlichen Angaben gezeichnet.)

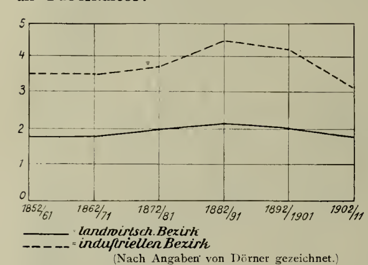
Den Einfluß der weit ausgedehnten Frauenarbeit auf die Tuberkuloseverbreitung erkennt man besonders daran, daß, während im allgemeinen das weibliche Geschlecht günstiger hinsichtlich der Tuberkuloseerkrankung als das männliche dasteht, für Baden das Gegenteil zutrifft. In der Tafel 113 werden die Invaliditäts- und Sterblichkeitsziffern in Baden mit den Sterblichkeitszahlen im Deutschen Reich sowie den Krankheits- und Sterblichkeitszahlen der Ortskrankenkasse Leipzig verglichen. Wir sehen, daß die Sterblichkeit sowohl im Deutschen Reich wie auch bei den Mitgliedern der Ortskrankenkasse Leipzig auf der Seite des männlichen Geschlechts größer ist als auf der Seite des weiblichen Geschlechts. Dagegen finden wir, daß in Baden das weibliche Geschlecht eine höhere

Tuberkulosesterblichkeit als das männliche Geschlecht aufweist. Ganz besonders auffallend ist aber, daß die Tuberkulose als Invaliditätsursache in Baden beim weiblichen Geschlecht weit mehr Opfer als beim männlichen Geschlecht fordert, während die Tuberkulosekrankheitsfälligkeit bei den weiblichen Mitgliedern der Ortskrankenkasse Leipzig geringer als bei den männlichen Mitgliedern ist.

Zeichnung 27.

Tuberkulosesterblichkeit in einem industriellen und einem landwirtschaftlichen Bezirk Badens.

Auf 1000 Einwohner kommen Gestorbene an Tuberkulose:



(Nach Angaben von Dörner gezeichnet.)

Daß die Höhe der Tuberkulosesterblichkeit hauptsächlich von der **Wohlhabenheit** abhängt, war bereits den Zahlen der Tafel 108 (S. 350/51) zu entnehmen. A. Oldendorff hat zwar 1873 auf Grund der Ergebnisse der großen deutschen Lebensversicherungsgesellschaften dargelegt, daß man „den sozialen Verhältnissen einen außergewöhnlichen Einfluß auf die durch Lungenschwindsucht veranlaßte Mortalität in den 19 Gesellschaften nicht beilegen darf". Aber im Gegensatz hierzu hat F. Hirschfeld, der sich auf die Angaben der Gothaer Lebensversicherungsbank stützte, 1906 gezeigt, daß von den mit einer Summe bis 3000 ℳ Versicherten verhältnismäßig doppelt soviel an Tuberkulose starben, wie von denen, die mit einer über 6000 ℳ betragenden Summe versichert sind. Da jedoch derartige Ergebnisse der Lebensversicherungsanstalten stets nur mit Vorsicht zu benutzen sind, so bieten wir in unserer Tafel 114 noch Angaben über die in Hamburg 1912—1914 an Tuberkulose Gestorbenen nach den Einkommensstufen.

Tafel 113.

Der Einfluß der Frauenarbeit auf die Häufigkeit der Tuberkulose.

Auf 100000 Personen kamen[1]) von Tuberkulose verursachte Fälle vor:

Geschlecht	Baden[2])		Deutsches Reich[2])	Ortskrankenkasse Leipzig[3])	
	Invalidität 1907	Sterblichkeit 1907	Sterblichkeit 1907	Krankheits-fälligkeit	Sterblichkeit
männlich . . .	195	177	167	771	233
weiblich	278	185	151	631	211

[1]) Hierunter sind zu verstehen: a) bei Invalidität: über 20 Jahre alte Versicherte der Landesversicherungsanstalt Baden des Jahres 1907; b) bei Sterblichkeit in Baden und im Reich: die auf 1. Juli 1907 geschätzte Einwohnerzahl; c) bei Krankheitsfälligkeit und Sterblichkeit in Leipzig: die versicherungspflichtigen Mitglieder der Ortskrankenkasse Leipzig. [2]) Nur Lungentuberkulose. [3]) Tuberkulose aller Art.

(Nach A. Fischer.)

Der Hamburgischen medizinischen Statistik[1]) für das Jahr 1914 sind die in unserer Tafel 114 enthaltenen Ziffern über die Steuerzahler in den Jahren 1912, 1913 und 1914

[1]) Siehe „Bericht über die medizinische Statistik des Hamburgischen Staates für das Jahr 1912", desgl. für 1913 und für 1914, Hamburg 1913, bezw. 1915, bezw. 1916.

Tafel 114.

Tuberkulosesterblichkeit und Einkommenstufen in Hamburg 1912—1914.

Einkommenstufe	Steuerzahler			An Lungentuberkulose gestorbene Steuerzahler			Von 1000 Steuerzahlern starben an Lungentuberkulose		
	1912	1913	1914	1912	1913	1914	1912	1913	1914
900—1200 Mark	59930	58056	59150	147	134	118	2.45	2.31	1.99
1200—2000 „	114522	121146	131568	160	180	148	1.40	1.49	1.12
2000—3500 „	41358	45646	48983	31	32	40	0.75	0.70	0.82
3500—5000 „	13879	14337	15022	10	11	4	0.72	0.77	0.27
5000—10000 „	11753	11893	12905	5	7	4	0.43	0 59	0.31

(Nach amtlichen Angaben zusammengestellt und berechnet.)

entnommen. Aus den entsprechenden Berichten für die Jahre 1912, 1913 und 1914 stammen die jeweiligen Angaben über die Tuberkulosesterblichkeit der Steuerzahler selbst (ohne die Angehörigen). Es konnte mithin die Tuberkulosesterblichkeit bei den Steuerzahlern der einzelnen Einkommenstufen berechnet werden. Hierbei wurden die Ziffern für die Steuerzahler der über 10000 Mark betragenden Einkommen fortgelassen, weil die Zahlen zu klein sind und Irrtümer veranlassen könnten. Von Wert sind in der Tafel 114 vor allem die Angaben über die Tuberkulosesterblichkeit bei den Steuerzahlern der drei untersten Einkommenstufen. Man sieht deutlich, daß in jedem der Berichtsjahre mit den höheren Einkommen die Todesziffern sich verkleinern. Hiermit ist, was ja die tägliche Erfahrung jedes Arztes lehrt, ziffernmäßig einwandfrei erwiesen, daß die Tuberkulosesterblichkeit von der Armut abhängt, und daß man mit Recht die Tuberkulose eine Proletarierkrankheit nennen darf. Auch Prinzing[1]) betont, daß die Tuberkulosesterblichkeit mit der geringer werdenden Wohlhabenheit zunimmt, und zwar in höherem Grade als die allgemeine Sterblichkeit.

Als Maßstab für die Wohlhabenheit dient auch die soziale Stellung im Beruf. Der Selbständige ist, wie wir auf Seite 75 dargelegt haben, in vielerlei Hinsicht günstiger gestellt als der Unselbständige. Aus den in unserer Tafel 115 enthaltenen Ziffern ist zu ersehen, daß die Selbständigen niedrigere Tuberkulosesterblichkeitszahlen aufweisen als die Unselbständigen. Dies gilt ganz besonders von den industriell Beschäftigten und hierbei namentlich von dem weiblichen Geschlecht. Eine Ausnahme bilden nur die in der Landwirtschaft tätigen Männer; dies Ergebnis ist offenbar auf Besonderheiten (starke Einwanderung jugendlicher Landarbeiter aus dem Auslande?) zurückzuführen.

Wie die Tuberkulose bei den einzelnen Berufsabteilungen als Invaliditätsursache und bei den mannigfaltigen Berufsarten als Krankheits- und Todesursache gewirkt hat, ist aus den Tafeln 98 (S. 322) und 93 (S. 314) zu ersehen. Die jeweilige Berufstätigkeit

[1]) Vgl. die gegenüber der Verwendung der hamburgischen Zahlen geübte Kritik a) in den „Veröffentlichungen d. Kaiserl. Gesundheitsamts" 1915 Nr. 45 S. 828 und b) bei Flügge: „Über die Beziehungen zwischen Tuberkulosesterblichkeit und Einkommen nach der Hamburger Statistik", Zeitschr. f. Tuberk. 1922 Bd. 36 Heft 4. Siehe ferner: a) L. Hersch: „L'inégalité devant la mort", Revue d'Economie politique 1920 Nr. 3 und 4; b) G. Wolff und K. Freudenberg: „Tuberkulosesterblichkeit und Wohlstand in Paris, London und Berlin", Zeitschr. f. Hyg. und Infekt. 1924 Bd. 102 Heft 3/4; c) Fr. Prinzing: „Armut und Tuberkulose", Sozialhyg. Mitteil. 1924 Heft 4.

Tafel 115.

Tuberkulosesterblichkeit und soziale Stellung in Sachsen.

Auf 10000 im Jahr 1907 gezählte Erwerbstätige entfielen im Jahr 1910 Tuberkulosefälle:

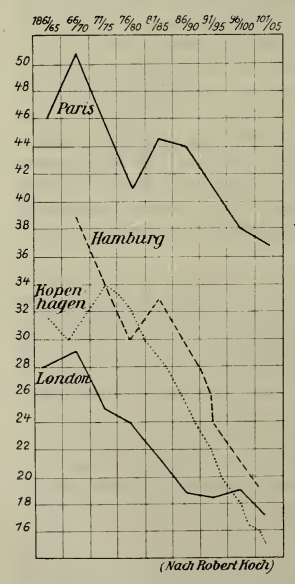
Berufsabteilung	Selbständige		Unselbständige	
	männl.	weibl.	männl.	weibl.
Landwirtschaft . .	10,40	3,56	7,80	5,48
Industrie	15,42	5,53	17,66	20,95
Handel	5,53	5,32	24,71	13,34

(Nach Radestock, Zeitschr. d. Sächs. Stat. Landesamtes, 1915.)

Zeichnung 28.

Tuberkulosesterblichkeit in vier Weltstädten.

Berechnet auf 10000 Lebende.



kann aus mannigfaltigen Ursachen der Anlaß zur Tuberkulose sein. Bald handelt es sich hierbei um eine erhöhte Ansteckungsgefahr, bald um Schädigungen der Lunge durch Staub[1]), bald um Behinderung der Atmung durch schlechte Körperhaltung, bald um Beeinträchtigung der gesamten Widerstandskraft durch Überanstrengung, durch Mangel an frischer Luft, an Sonne und vor allem durch Unterernährung bei ungenügenden Löhnen u. a. m.

Wir haben schon auf Seite 111 und 112 den überragenden Einfluß der Ernährung auf die Häufigkeit der Tuberkulosefälle erörtert; auf Seite 92 und 93 wurde dargelegt, wie günstig sich die Tuberkuloseverhältnisse in England, wo die Nahrungsmittelpreise durch keinen Zollschutz in die Höhe geschraubt worden sind, gestaltet haben. Wir wollen hier nun noch etwas ausführlicher auf den Vergleich der deutschen Zustände mit den ausländischen eingehen. Zunächst fassen wir zu diesem Zwecke unsere Zeichnungen 28, 29 und 30 ins Auge.

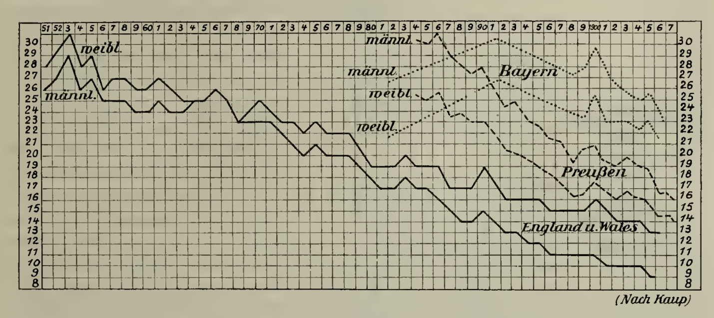
Die Zeichnung 28 muß mit besonderer Ehrfurcht betrachtet werden; sie ist der letzten Arbeit[2]), die Robert Koch geschrieben hat, entnommen worden. Koch wollte mit dieser Tafel dartun, daß die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit nicht, wie vielfach behauptet wird, auf die deutsche Sozialversicherung und hiermit im Zusammenhang auf die Heilstättenbehandlung zurückzuführen ist, da ja die Sterblichkeit sich in Deutschland schon vor der

[1]) Die große Tuberkulosegefahr für solche Arbeiter, die besonders viel dem Staub ausgesetzt sind, erkennt man z. B. aus den in unserer Tafel 93 enthaltenen Zahlen, die für die Steinhauer gelten. Über die von Holtzmann und Harms bei Porzellanarbeitern beobachteten Besonderheiten siehe:

Zeichnung 29.

Verlauf der Sterblichkeitskurven für Lungentuberkulose in England und Wales, Preußen und Bayern.

Berechnet auf 10000 Lebende der Gesamtbevölkerung.



(Nach Kaup)

Einführung der Sozialversicherung vermindert hat und überdies auch in anderen Staaten (England) gesunken ist, obwohl dort eine weit verbreitete Sozialversicherung fehlte. Mit diesem Hinweis hat Koch sicherlich das Richtige getroffen. Er hat jedoch bei seinen epidemiologischen Betrachtungen nicht hinreichend erklärt, warum die Tuberkulosesterblichkeit in England (London) so wesentlich niedriger ist als in Deutschland (Hamburg). Gerade aber mit dieser überaus wichtigen Frage, die in der Gegenwart eine ganz besondere Rolle spielt, muß man sich beschäftigen.

Die Zeichnung 29 zeigt den Verlauf der Tuberkulosesterblichkeit, wie er sich, nach den Angaben von Kaup, in England und Wales im Vergleich zu Preußen und Bayern gestaltet hat. Wir sehen, daß die englischen Kurven fast ganz ununterbrochen seit dem Jahre 1853 immer mehr gesunken sind. Wir finden ferner, daß die englischen Linien stets wesentlich tiefer lagen als die preußischen und bayerischen.

Schließlich bieten wir noch in der Zeichnung 30 Angaben, wie sich die Tuberkulosesterblichkeit seit 1913 in acht Weltstädten entwickelt hat. Wir sehen, daß die Zustände in London, Chicago und New York weit günstiger sind als in Berlin. Daß die Ergebnisse in Paris, Wien, Petrograd und Moskau noch schlechter als in Berlin sind, kann für uns kein Trost sein.

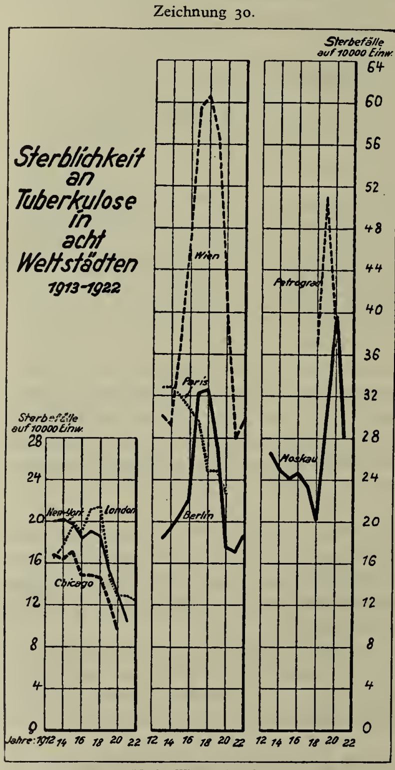
Vor kurzem hat sich auch R. Güterbock mit der Frage, warum in England die Tuberkulosesterblichkeit geringer als im Deutschen Reiche ist, befaßt. Eine befriedigende Antwort hat er so wenig gegeben, wie R. Koch oder Kaup. Daß seit 1915 die Tuberkuloseverhältnisse bei uns so ungünstig geworden sind, ist ja unzweifelhaft die Folge der schlechten

„Zur Frage der Staubeinwirkung auf die Lungen der Porzellanarbeiter", Tuberkulosebibliothek Nr. 10, herausg. von L. Rabinowitsch, Leipzig 1923; vgl. dazu den Bericht von Kölsch in den „Sozialhyg. Mitteil." 1924 Heft 1 u. 2 S. 30.

[2]) Erwähnt sei, daß sich am Schluß dieser Arbeit folgendes Urteil befindet: „Die Morbiditätsstatistik und die sich anschließenden epidemiologischen Untersuchungen bilden ein wichtiges Glied in den Maßregeln, mit welchen die Tuberkulose zu bekämpfen ist."

Ernährung[1]). Der Weltkrieg hat uns mit aller Deutlichkeit erkennen lassen, daß die Tuberkulose in erster Linie eine Ernährungskrankheit ist. Ohne Tuberkulosebazillus entsteht zwar keine Tuberkulose. Aber obgleich es wohl nur wenige Menschen[2]) gibt, die nicht schon in den Kinderjahren mehr oder weniger mit Tuberkulosebazillen in Berührung gekommen sind, tritt die Erkrankung nur zutage, wenn die Anlage dazu vorhanden. Und diese wird vor allem durch Mängel der Ernährung[3]) geschaffen. Sehr zu beachten ist auch, daß während des Weltkrieges die Tuberkulosesterblichkeit schon einen weiten Umfang angenommen hatte, bevor die Wohnungsnot sich fühlbar machte, und daß die Sterbeziffern trotz weiterer Verschlechterung der Wohnungsverhältnisse sich verringerten, nachdem die Ernährung sich gebessert hatte. (Vgl. die Angaben über leerstehende Wohnungen im Mai 1918 auf S. 142 mit den Ziffern der Tafel 39 auf S. 111.) Auch daraus läßt sich der maßgebende Einfluß der Ernährung auf die Tuberkuloseverbreitung erkennen. Die Lehren des Weltkrieges zeigen uns aber zugleich, warum auch vor dem Kriege England günstigere Tuberkuloseverhältnisse als das Deutsche Reich aufzuweisen hatte. Wie wir auf Seite 92 dargelegt haben, sind die hygienischen Zustände Englands[4]) im allgemeinen keineswegs den unsrigen überlegen gewesen. In England fehlten jedoch, im Gegensatz zu Deutschland, die Zölle, welche die

Zeichnung 30.



(Nach „Wirtschaft u. Statistik" 1923 Nr. 8.)

[1]) Die entscheidende Bedeutung der Ernährungsverhältnisse für die Tuberkuloseverbreitung wurde vor dem Kriege nicht in vollem Umfange erkannt. So schrieb Gottstein im Gegensatz zu seinem so oft bewährten Weitblick noch 1914: „Brehmer betonte ganz allgemein, daß schlechte Esser überhaupt eine größere Empfänglichkeit zeigten. Zahlenmäßige Unterlagen für den Beweis dieser Anschauungen stehen durchweg noch aus. Im allgemeinen haben sie nur insofern eine Unterlage, als schlechte Ernährung überhaupt als eine der Folgen ungünstiger sozialer Stellung eines derjenigen Momente ist, welche für die Erklärung der größeren Verbreitung der Tuberkulose unter der ärmeren Bevölkerung mit herangezogen zu werden verdienen." Der Weltkrieg hat ihn aber offenbar belehrt; denn er äußerte sich 1920: „Im Anfang erörterte man noch, ob mehr die gesteigerte Ansteckungsgefahr oder die verminderte Widerstandskraft in Betracht käme. Tatsächlich hat die Vorsicht gegen-

Nahrungsmittel verteuerten und für eine gute Ernährung ein Hindernis waren. In der englischen Handelspolitik allein haben wir mithin die Ursache zu erblicken, warum in England die Tuberkulosesterblichkeit niedriger als bei uns ist.

Es ist vielfach die Frage aufgeworfen worden, ob die Tuberkulose eine erworbene Krankheit ist oder lediglich auf Vererbung beruht. Riffel hat Jahrzehnte hindurch, gestützt auf Familienforschungen, die er in badischen Dörfern ausführte, die Ansicht vertreten, daß die Tuberkulose ererbt wird. So schätzenswert die von Riffel angewandte Methode war, so sind doch die Schlüsse, die er aus seinem Untersuchungsstoff gezogen hat, verfehlt gewesen. Dörner ist bei gleichartigen Forschungen in einem badischen Landorte zu dem Ergebnis gelangt, daß der Einfluß der elterlichen Tuberkulose auf die Nachkommenschaft keineswegs so bedeutungsvoll ist wie die soziale Umwelt, die Ernährungs-, Wohnungs- und Arbeitsverhältnisse.

Obwohl die Tuberkulose als eine ererbte Krankheit nicht betrachtet werden kann, so läßt sich doch wohl nicht in Abrede stellen, daß in vielen Fällen die Anlage zur Tuberkulose ererbt wird. Lenz äußert sich hierzu folgendermaßen:

„Die ausgesprochene familiäre Häufigkeit der Phthise kann jedenfalls nicht nur durch Ansteckung innerhalb der Familie erklärt werden. Freilich beruht sie auch sicher nicht nur auf gemeinsamer erblicher Anfälligkeit. Wir wissen ja, welche verhängnisvolle Rolle Unterernährung und Berufsschädlichkeiten (gewerblicher Staub) spielen und wie andererseits Sonnenlicht einen relativen Schutz gewährt. Aber das alles schließt die Bedeutung der erblichen Anfälligkeit nicht aus. Wenn schon Eltern oder Geschwister eines Erkrankten an Schwindsucht gestorben sind, so sind seine Heilungsaussichten erfahrungsgemäß besonders ungünstig .... Die Bedeutung der Unterernährung für die Entstehung der Schwindsucht wird allgemein zugegeben. Daraus folgt aber, daß auch alle jene erblichen Anlagen, die zu Ernährungsstörungen und Blutarmut führen, indirekt auch eine Anfälligkeit gegen Tuberkulose bedingen. Bei erblich bedingtem Diabetes z. B. entwickelt sich oft Phthise, weil die zuckerhaltigen Gewebe offenbar einen besonders günstigen Nährboden für die Bazillen bieten. Es gibt also nicht eine erbliche Anlage zur Tuberkulose, sondern viele."

über dem Ansteckungsstoff ganz erheblich nachgelassen, Schwindsüchtige ersetzen im Nahrungsmittelbetrieb die ins Feld Abberufenen und in der Kinderpflege die arbeitende Mutter. Heute trifft beides kaum mehr im bisherigen Umfange zu, und doch greift die Krankheit weiter um sich. Man muß daher an eine tiefe Herabsetzung der Widerstandskraft der Gewebe denken, und die Forschung weist auf mittelbare Zusammenhänge zwischen der Verarmung an Fett und Eiweiß und der größeren Hinfälligkeit der Zellen hin." — Bezeichnend für die Ansichten, die bei lediglich bakteriologisch denkenden Hygienikern herrschten, sind Darlegungen von A. Adam über „Die übertragbaren Krankheiten" (erschienen in Selters Grundriß der Hygiene, Dresden 1920), wo es heißt: „Die Tuberkulose ist eine ‚Wohnungskrankheit' genannt worden, da sich statistisch erwies, daß geringes Einkommen, kleine Wohnung, unzureichende Ernährung einen Einfluß auf Häufigkeit der Verbreitung und Sterblichkeit der Tuberkulose haben. Bestrebungen zur Verbilligung der Nahrungsmittel und Verbesserung der Wohnungsverhältnisse werden deshalb als wertvolle Bekämpfungsmaßnahmen hingestellt." Man beachte das Wort „hingestellt".

[2]) Schon J. Cohnheim meinte 1880: „Ein bißchen Tuberkulose hat am Ende jeder."

[3]) Erwähnenswert ist hier auch die von dem Greifswalder Privatdozenten für Hygiene F. Schiff über „Die Beziehungen zwischen Tuberkulose und den sozialen Verhältnissen" gehaltene Antrittsvorlesung, deren Inhalt in der Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1921 Nr. 12 veröffentlicht ist; dort heißt es: „Als Fazit ergibt sich, daß entscheidend für die Ausbreitung und den Verlauf der Tuberkulose die sozialen Bedingungen sind, und daß, abgesehen von dem überragenden Einfluß der Ernährung, in der Regel erst dem Zusammenwirken verschiedener ungünstiger Faktoren eine besondere Bedeutung zukommt. Wenn Kolle-Hetsch noch im Jahre 1919 genau so wie in der ersten Auflage ihres Lehrbuches schreiben: ‚der Abfall der Tuberkulosesterblichkeit sei zweifellos der ständig zunehmenden Kenntnis über die Gefahr und Verbreitungsweise der Krankheit zuzuschreiben, zum geringeren Teil vielleicht auch der sozialen Besserstellung der Bevölkerung', so müssen wir, meine ich, das Verhältnis umkehren: die Hauptrolle fällt der Besserung der sozialen Verhältnisse zu."

[4]) A. Fischer: „Das Gesundheitswesen in England", Gesundheit, herausg. von J. Brix, 1908.

Schließlich seien noch die Beziehungen der Tuberkulose zur Schwangerschaft erwähnt. G. Liebermeister ist, unter Benutzung der ausgedehnten Literatur, u. a. zu olgenden Leitsätzen gelangt:

„..... Das Eintreten der Schwangerschaft kann von vornherein durch die funktionelle Mehrbelastung des Organismus verschlimmernd auf die Tuberkulose einwirken. Wo sich dies zeigt, ist der künstliche Abort innerhalb der ersten 3 Monate indiziert. Bei der Mehrzahl der Frauen führt der Eintritt der Schwangerschaft nicht zu einer Verschlimmerung, häufig aber zu einer Besserung der tuberkulösen Erkrankung. Bei diesen Fällen ist die genaueste Feststellung des Lungenbefundes unerläßlich, weil bei einem Teil dieser Fälle der Geburtsakt die Gefahr der Metastasierung mit sich bringt. Diese Fälle sind ebenfalls genau zu analysieren und dem künstlichen Abort zuzuführen. Alle anderen Fälle, darunter die überwiegende Mehrzahl der geschlossenen Lungenspitzentuberkulosen, können das Kind austragen, wenn die Tuberkulose richtig behandelt wird .... Das Stillen kann unter strenger ärztlicher Aufsicht bei prognostisch günstiger geschlossener Tuberkulose erlaubt werden; es ist sofort abzubrechen, wenn die Vorzeichen von Verschlimmerung, oder wenn wieder die Menses eintreten .....“

* * *

Die Maßnahmen, die im Kampf gegen die Tuberkulose zu ergreifen sind, lassen sich aus den vorstehenden Ausführungen unschwer ersehen: man muß danach trachten den Krankheitserreger[1]) zu beseitigen und die Krankheitsanlagen zu verhüten.

Schon am Ende des 17. und während des ganzen 18. Jahrhunderts wurden, wie Kayserling dargelegt hat, nachdem die Kontagiositätslehre des Veroneser Epidemiologen Girolamo Fracastor (1483—1553) vorangegangen war, in Italien und Spanien gesetzliche Bestimmungen geschaffen, in denen „das Hauptgewicht auf die Unschädlichmachung der in den Sachen der Phthisiker als vorhanden angenommenen Ansteckungskeime gelegt“ wurde. Auch Joh. E. Wichmann[2]) forderte in einem 1780 im „Hannoverischen Magazin“ erschienenen Aufsatz „Die Schwindsucht. Eine Polizey-Angelegenheit“, daß die von den Schwindsüchtigen benutzten Gegenstände nach Möglichkeit verbrannt werden; außerdem wünschte er ein Eheverbot für Schwindsüchtige.

Daß diese Gesetze bezw. Lehren Früchte getragen haben, ist nicht bekannt geworden. In England war jedenfalls um die Mitte des 19. Jahrhunderts von einem planmäßigen Vorgehen gegen die Ansteckungskeime nichts zu merken. Und doch ist in diesem Lande die Tuberkulosesterblichkeit ständig gesunken, weil die Lebenshaltung der breiten Volksschichten sich besserte und vor allem die Ernährung sich günstiger gestaltete. Der von Robert Koch[3]) im Jahre 1882 geführte Beweis, daß der von ihm gezüchtete Tuberkelbazillus der Erreger der Krankheit ist, war eine wissenschaftliche Errungenschaft von ungewöhnlicher Bedeutung; aber sie trug zur Verminderung der Tuberkulosesterblichkeit

[1]) Die Verbreitung der Tuberkelbazillen erfolgt fast stets von Mensch zu Mensch, hauptsächlich auf dem Wege der von Flügge (siehe seinen Aufsatz „Die Bedeutung der Verstreuung von Hustentröpfchen für die Verbreitung der Phthise“, Zeitschr. f. Tb. 1921 Heft 3 u. 4) beschriebenen Tröpfcheninfektion beim Husten. Die Frage, ob auch die vom Rind stammenden Tuberkelbazillen für den Menschen pathogen sind, ist noch nicht endgültig entschieden.

[2]) Wichmann: „Kleine medizinische Schriften“, Hannover 1799.

[3]) Es sei hier bemerkt, daß die erste Arbeit Kochs über den Tuberkelbazillus in der „Berliner Klin. Wochenschr.“ vom 10. April 1882 erschien, daß aber P. Baumgarten in dem „Centralbl. f. d. med. Wissensch.“ vom 15. April 1882 einen Aufsatz über „Tuberkelbakterien“ veröffentlichte, woraus hervorgeht, daß er den Tuberkelbazillus schon vor Kochs Bekanntmachung gesehen hat. Die Großtat Kochs besteht darin, daß er den Tuberkelbazillus in Reinkultur gezüchtet und hiermit Tuberkulose bei Tieren erzeugt hat. Erwähnenswert ist ferner, daß J. Cohnheim sich bereits 1880 folgendermaßen geäußert hat: „Zur Tuberkulose gehört alles, durch dessen Übertragung auf geeignete Versuchsthiere Tuberkulose hervorgerufen wird, und nichts, dessen Übertragung unwirksam ist.“

nicht in erkennbarer Weise bei. Was Koch gegenüber dem Wert der Heilstätten anführte, daß nämlich der Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit einsetzte, bevor es diese Anstalten gab, gilt auch gegenüber der Entdeckung des Tuberkelbazillus. In der von Koch 1882 veröffentlichten berühmten Arbeit „Die Ätiologie der Tuberkulose“ heißt es: „Bisher war man gewöhnt, die Tuberkulose als den Ausdruck des sozialen Elends anzusehen, und hoffte von dessen Besserung auch eine Abnahme dieser Krankheit.“ Daß diese Hoffnung unbegründet ist, hat Koch nicht ausgesprochen; aber gemeint hat er offenbar, daß man, nachdem der Erreger der Tuberkulose bekannt geworden ist, erwarten kann, auch Herr über die Schwindsucht zu werden. Es soll kein Blatt aus dem Koch gebührenden Ruhmeskranz genommen werden, wenn betont wird, daß, nach den Erfahrungen der letzten 40 Jahre, weder die Entdeckung des Tuberkelbazillus noch die des Tuberkulins (1890) auch nur annähernd so viel im Kampfe gegen die Schwindsucht geleistet haben wie die „Besserung des sozialen Elends“. Denn trotz der genannten und weiteren hervorragenden Errungenschaften, die aus Laboratorien und Kliniken stammten, erlebten wir den gewaltigen Anstieg der Tuberkulosesterblichkeit im Deutschen Reich unter dem Einfluß der Hungerblockade.

Wer die Vorträge von Wassermann und Neufeld auf dem Tuberkulosekongreß im Jahre 1921 gehört hat, wird überzeugt worden sein, daß man mit Tuberkulinpräparaten (oder gar mit Schildkrötenbazillen) Menschen gegen Tuberkulose nicht immunisieren kann. „Vorläufig werden wir uns wohl“, so äußerte sich Neufeld am Schluß seines vortrefflichen Vortrages, „mit der natürlichen Schutzimpfung durch die leichte Tuberkuloseinfektion begnügen müssen, der bei uns zum mindesten in weiten Bevölkerungsklassen die Mehrzahl aller Menschen schon im Kindesalter unterliegt. Auch diese natürliche Schutzimpfung schafft eine durchaus beschränkte Immunität, die immer nur relativ ist und schnell abklingt. Eine andere Immunität gibt es bei der Tuberkulose überhaupt nicht ..... Die Natur schenkt dem, der die Pocken oder Masern überstanden hat, eine Immunität, die oft das ganze Leben lang vorhält, dem, der eine Tuberkulose überstanden hat, versagt sie dieses Geschenk. Wer sich das Ziel setzt, wie es bis zum heutigen Tage viele Forscher tun, bei Tuberkulose eine Immunisierung zu erreichen, wie bei den Pocken, der sucht etwas, was es nicht gibt, der jagt einem Phantom nach.“ Beachtenswert ist auch, wie der erfahrene Tuberkulosearzt Harms die von manchen Seiten behauptete Rettung der Säuglinge durch Tuberkulinbehandlung beurteilte; er schrieb: „Wir haben selbst keinen infizierten Säugling ‚herauszuretten‘ versucht, aber manchen gesehen, der ohne Tuberkulinbehandlung klinisch gesund in das Kleinkindesalter übertrat.“

Da man mithin von einer spezifischen Therapie, wenigstens zurzeit, nicht erwarten kann, daß Gefährdete gegen Tuberkulose geschützt oder Kranke geheilt werden, so muß vor allem erstrebt werden, die Krankheitsanlage, soweit sie erworben wird, zu verhüten. Da gilt es nun, „das soziale Elend zu bessern“. Dies ist jedoch, besonders gegenwärtig, in dem verarmten und unfreien Deutschland eine ungeheuer schwere Aufgabe. Vor allem kommt es darauf an, die Ernährungsverhältnisse günstiger zu gestalten oder doch wenigstens nicht durch eine gesetzliche Maßnahme die Nahrungsmittel zu verteuern. (Siehe S. 92 und 118.) Daß zugleich, wo immer sich die Möglichkeit bietet, die Wohnungszustände gebessert werden müssen, braucht wohl kaum mehr besonders betont zu werden. Ebenso ist soviel wie durchführbar für Schutz bei der gewerblichen Arbeit zu sorgen, und die übermäßige Ausdehnung der Frauenerwerbsarbeit ist tunlichst zu verhüten. Die Miß-

stände im Wohnungswesen und Auswüchse auf dem Gebiet der Frauenarbeit werden sich zu einem erheblichen Teil vermeiden lassen, wenn es gelingt, hinreichende Nahrungsmittel zu erschwinglichen Preisen zu erhalten.

Neben den Maßnahmen auf dem Gebiete der Nahrungs-, Wohnungs- und Arbeitsverhältnisse müssen noch viele Mittel im Kampfe gegen die Tuberkulose angewendet werden. Daß es hieran nicht fehlt, geht aus dem 1924 vom Reichsarbeitsminister veröffentlichten „Verzeichnis der deutschen Einrichtungen für tuberkulös Erkrankte", das auf nicht weniger als 154 Druckseiten lediglich die betreffenden Namen anführt, hervor. Es handelt sich hierbei insbesondere um: Anstalten für erwachsene Lungenkranke (Heilstätten, Genesungsheime, Lungenkrankenhäuser, Tuberkuloseabteilungen in Allg. Krankenhäusern, Invalidenheime und Pflegestätten), Kinderheilstätten (Anstalten für Kinder mit Lungentuberkulose, desgl. mit Knochen- und Gelenktuberkulose, Anstalten für tuberkulosebedrohte, skrofulöse und erholungsbedürftige Kinder), Walderholungsstätten für Erwachsene und Kinder, ländliche Kolonien für Erwachsene und Kinder, Waldschulen sowie Auskunfts- und Fürsorgestellen für Lungenkranke.

Mit Rücksicht auf den Raum ist es unmöglich, alle Arten dieser Maßnahmen zu schildern; wir können nur das Wichtigste anführen.

Die Zahl der Heilstätten für erwachsene Lungenkranke in Deutschland beträgt, wie das Tuberkulosefürsorgeblatt 1924 Heft 5 berichtet, nach den zurzeit vorliegenden Angaben 198 mit 20414 Betten, die der Kinderheilstätten 257 mit insgesamt 18983 Betten; es sind 148 Walderholungsheime, 21 Waldschulen, 6 ländliche Kolonien für Erwachsene und Kinder, 45 Genesungsheime, 88 Beobachtungsstationen und 355 Tuberkulosekrankenhäuser, Tuberkuloseabteilungen in Allg. Krankenhäusern, Invalidenheime und Pflegestätten vorhanden.

Die Fürsorge beschränkt sich jetzt nicht mehr nur auf die Arbeiter und die ihnen sozial gleichen Volksschichten, sondern auch auf den nichtversicherten Mittelstand[1]), in dem es infolge der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse zahlreiche mittellose Lungenkranke gibt. (Über die Tuberkulose bei Studenten siehe S. 304.)

Nachdem Brehmer[2]) und Dettweiler[3]) die Heilbarkeit der Schwindsucht mit physikalisch-diätetischen Mitteln bei geeigneten Kranken in ihren Sanatorien nachgewiesen hatten, suchte man dies Verfahren zu verallgemeinern. Begünstigt wurde dies Bestreben durch das Invalidenversicherungsgesetz, das bei richtiger Auslegung auch schon vor seiner Novellierung vom Jahre 1899 das vorbeugende Heilverfahren (siehe S. 440) zuließ. Gebhardt, der Leiter derLandesversicherungsanstalt der Hansastädte, sowie der Posener Arzt Pauly[4]) waren die ersten, welche auf Grund des Invalidenversicherungsgesetzes bei Lungenkranken Heilverfahren veranlaßten. Ihr Beispiel wurde überall nachgeahmt. So entstand die deutsche Heilstättenbewegung. Alle Landesversicherungsanstalten schufen

[1]) Siehe F. Helm: „Der Stand der Tuberkulosebekämpfung im Frühjahr 1923", Geschäftsbericht für die 27. Generalversammlung des Deutschen Zentral-Komitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Berlin 1923. — Ferner C. Breul: „Über Tuberkulose im Mittelstand nebst Vorschlägen zu einer Erweiterung der Bekämpfungsmaßnahmen", Tb.-Bibliothek Nr. 6, herausg. v. L. Rabinowitsch, Leipzig 1922.

[2]) Brehmer schuf 1854 seine Heilanstalt in Görbersdorf (Schlesien).

[3]) Dettweiler, Brehmers Schüler, gründete 1876 die Heilanstalt Falkenstein (Taunus); 1882 richtete er die erste Volksheilanstalt für Lungenkranke in Ruppertshain, nahe bei Falkenstein, ein.

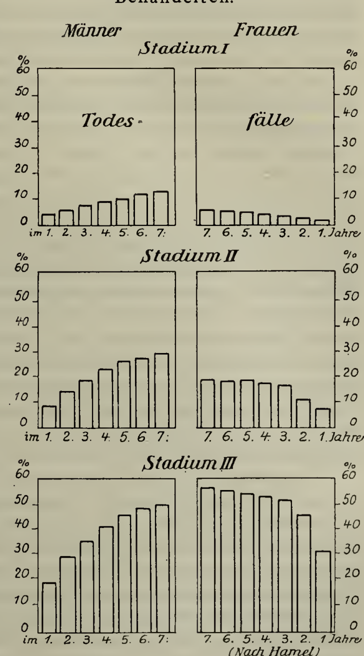
[4]) Nach handschriftlichen Mitteilungen an den Verfasser.

in waldreicher, wenn irgend möglich hochgelegener Gegend Heilstätten für Lungenkranke. Die Behandlung besteht hauptsächlich in einer Liegekur, kräftigen Ernährung und Hautpflege; vielfach wurde zugleich eine spezifische Therapie angewandt. Einige Heilanstalten ließen die der Genesung entgegengehenden Kranken in den letzten Wochen vor dem Abschluß der Kur leichte Garten- und Waldarbeiten verrichten; aber hiergegen sind Bedenken geäußert worden.

Hamel hat in einer 1918 veröffentlichten Arbeit, die sich auf 26092 männliche und 7539 weibliche ehemalige Heilstättenpfleglinge erstreckt, über den Erfolg der Heilstättenbehandlung innerhalb der ersten 7 Jahre nach der Kur berichtet; die Pfleglinge wurden hierbei nach dem Krankheitsstadium bei der Aufnahme in die Heilstätte gegliedert. Hamel hat die von ihm gewonnenen Ergebnisse durch eine Darstellung, die wir als Zeichnung 31 wiedergeben, veranschaulicht. Man entnimmt ihr, daß von den Kranken, die bereits im ersten Stadium behandelt wurden, recht viele noch nach Ablauf von 7 Jahren am Leben waren. Die Zahl der am Leben gebliebenen ehemaligen Pfleglinge sinkt aber erheblich, wenn es sich um Kranke im zweiten oder gar im dritten Stadium handelt; das weibliche Geschlecht weist im dritten Stadium noch ungünstigere Ergebnisse auf als das männliche. Vor allem ist jedoch zu bemerken, daß von denjenigen Pfleglingen, die am Leben geblieben sind, gewiß nicht alle gesund und erwerbsfähig oder auch nur bazillenfrei waren.

Zeichnung 31.

Sterblichkeit der in Heilstätten Behandelten.



Von Brauer und Grotjahn wurde betont, daß die Heilstätten, die ja nur die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit zum Zwecke haben, „für die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit — für die Verhütung stets wiederkehrender, neuer Erkrankungen — kaum in Betracht kommen". Man machte mit den Heilstätten die gleiche Erfahrung wie auch sonst bei Mode gewordenen Einrichtungen: erst übertriebene Hoffnungen, die zu kostspieliger Gestaltung führen, dann Unterschätzung. Aber wenn auch von den Heilstätten keine zahlenmäßig nachweisbare Verminderung der Tuberkulosesterblichkeit zu erwarten ist, so kommt ihnen doch ein nicht unerheblicher Wert für die Behandlung wie für die Erziehung der Kranken und dadurch für die gesamte Tuberkulosebekämpfung zu.

Andererseits ist der Vorschlag Grotjahns, daß zur Ergänzung der Heilstätten Heimstätten[1]), in denen die unheilbaren Tuberkulösen untergebracht und isoliert werden, geschaffen werden sollen, theoretisch nicht unberechtigt. Es besteht jedoch, wie man erfahren hat, bei den Lungenkranken ein Widerwille gegen die Heimstätten, in denen sie „Sterbehäuser" erblicken. Zweckdienlicher ist es, die Schwindsüchtigen, die für ihre Umgebung eine schwere Gefahr bedeuten, besonderen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser zu überweisen. Nach Angaben von Harms starben 1916 bis 1919 in Mannheim 40 bis 50% von den an Lungentuberkulose Erkrankten allein im städtischen Lungenspital, ohne Einbeziehung der übrigen Krankenanstalten, während im Deutschen Reich von den Tuberkulosetodesfällen nur 15% in geschlossenen Anstalten verschieden; dieser Erfolg (im Sinne der Isolierung bei Ansteckungsgefahr) ist in der Hauptsache wohl auf die Wirksamkeit der Mannheimer Tuberkulosefürsorgestelle zurückzuführen.

Die erste Tuberkulosefürsorgestelle[2]) wurde vor 25 Jahren von Pütter in Halle a. S. ins Leben gerufen. Nachdem von Calmette eine ähnliche Einrichtung, das sogenannte Dispensaire antituberculeux, in Frankreich und Belgien geschaffen war, fand der diesen Anstalten zugrunde liegende Gedanke an vielen Stellen eine günstige Aufnahme. Nach Angabe von Jötten hat auch Robert Koch 1905 in seiner Nobelpreisvorlesung zu Stockholm von einem dichten Netz solcher Fürsorgestellen einen überaus großen Nutzen erwartet. Die Fürsorgestellen sind in den einzelnen Städten sehr verschiedenartig gestaltet; Harms tritt für Einheitlichkeit ein, während Blümel in der Mannigfaltigkeit einen Vorzug sieht. Über manche Aufgaben der Fürsorgestellen gehen die Ansichten noch auseinander. Während diese Anstalten anfangs hauptsächlich eine sozialfürsorgerische Tätigkeit entfalteten, tritt jetzt immer mehr die ärztliche Wirksamkeit in den Vordergrund; so erheben sich die Fragen, ob die Kranken in den Fürsorgestellen auch behandelt werden sollen, und ob sie überhaupt ohne Einweisung des behandelnden Arztes, ja sogar hinter seinem Rücken, sich in der Fürsorgestelle untersuchen und beraten lassen dürfen. Der Erfolg der Fürsorgestellen wird zum großen Teil von der Art, wie diese Fragen gelöst werden, wobei der Gesundheitspflege zu dienen ist, ohne die erforderliche Rücksichtnahme auf die behandelnden Ärzte außer acht zu lassen, abhängen.

Der Karlsruher Tuberkulosefürsorgearzt O. Geißler hat in einem 1924 veröffentlichten Bericht das Verhältnis der erfaßten ansteckenden Tuberkulösen zu der Ziffer der an Tuberkulose Verstorbenen als einen Gradmesser für die Leistungsfähigkeit einer Fürsorgestelle bezeichnet. In Baden ist durch eine Verordnung vom 9. Mai 1911 die Anzeigepflicht bei vorgeschrittener Tuberkulose („wenn der Erkrankte mit Rücksicht auf seine Wohnungsverhältnisse seine Umgebung hochgradig gefährdet . . . .") eingeführt; man muß also erwarten, daß wenigstens so viele Tuberkulöse, wie gestorben sind, bei Lebzeiten angezeigt wurden. H. Kossel hat schon 1917 dargelegt, daß man sich in dieser Erwartung getäuscht hat. Ich habe nun geprüft, ob in den badischen Städten, die eine Fürsorgestelle

[1]) L. Brauer hat bereits 1904 Heimstätten für schwerkranke Tuberkulöse gefordert. Sollten sich diese Kranken gegen die Heimstätten aufbäumen, so ist ihnen gegenüber, nach dem Wunsche Brauers, zu betonen, daß die Kranken auch Pflichten haben und sich dort, wo der Schutz der Gesunden von ihnen ein Bescheiden fordert, fügen müssen. „Es ist dies ein Recht des Staates und der Gesunden."

[2]) Der Beginn dieser Fürsorgetätigkeit reicht bis in das Jahr 1899, in welchem auch in Halle ein Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht gegründet wurde, zurück. Die Hallenser Fürsorgetätigkeit wurde weiteren Kreisen durch einen 1903 von Pütter auf der Generalversammlung des Deutschen Zentralkomitees gehaltenen Vortrag bekannt.

besitzen, die Zahl der angezeigten Fälle befriedigend war. Es zeigte sich, daß 1922 auf 100 Tuberkulosetodesfälle angezeigte Tuberkuloseerkrankungen kamen: in Mannheim 29,6 (gegen 120,7 im Jahre 1913!), in Konstanz 100,0, in Freiburg 2,5 und in Heidelberg 2,7. Also in Mannheim, das eine ausgezeichnete Fürsorgestelle besitzt, noch nicht 30%, dagegen in Konstanz, wo keine Fürsorgestelle vorhanden war, 100%; bemerkenswert ist auch, wie auffallend wenig Fälle in den Universitätsstädten Freiburg und Heidelberg gemeldet waren. Hieraus ergibt sich: 1. Die Zahl der angezeigten Fälle ist unter den obwaltenden Zuständen kein Gradmesser für die Leistungsfähigkeit einer Fürsorgestelle. 2. Nach den badischen Erfahrungen ist bei der Tuberkulose der Wert der Anzeigepflicht sehr gering einzuschätzen, da ihr im allgemeinen zu wenig entsprochen wird. Ob Strafen bei Nichtbefolgung der Anzeigevorschrift oder Bezahlung für jede ärztliche Anzeige zu besseren Ergebnissen führen werden, kann nur der Versuch entscheiden.

Anzuführen ist noch, daß das Reichsministerium des Innern Richtlinien[1]), die vom Deutschen Zentralkomitee[2]) zur Bekämpfung der Tuberkulose nach einem Vortrag von Gottstein entworfen worden sind, veröffentlicht hat; u. a. wird hier folgendes betont:

„3. Behufs rechtzeitiger Vorbeugung sind möglichst weite Bevölkerungskreise einer gesundheitlichen Durchmusterung zu unterziehen.

4. Im Vordergrund jeder Tuberkulosebekämpfung muß die Sicherstellung einer nach Menge und Zusammensetzung ausreichenden Ernährung stehen. Daneben sind alle Maßnahmen, die zur Gesundheitspflege und Kräftigung der Jugend dienen können, insbesondere Wohnungsfürsorge, Bereitstellung von Kleingärten, Beschaffung von Kleidung und Heizung, ferner Abhärtung, Anleitung zu Spiel und Sport, Zahnpflege usw. zu berücksichtigen. Hierbei muß auf die bisherigen Erfahrungen zurückgegriffen werden, z. B. auch auf die Maßnahmen der Versicherungsträger und der Fürsorgestellen in der Ernährungsfürsorge und auf die mit so großem Erfolge durchgeführten Schulspeisungen."

Diese Richtlinien sind hoch einzuschätzen, da sie nicht nur die Fürsorge für Erkrankte und Gefährdete berücksichtigen, sondern sich auch schon mit dem Schutz der Gesunden befassen. Aber es kommt nicht deutlich zum Ausdruck, ob die oben genannte ausreichende Ernährung allen oder nur den bei der gesundheitlichen Durchmusterung als gefährdet Bezeichneten geboten werden soll. Wenn es sich um die Ernährung der ganzen Bevölkerung handelt, hätte darauf hingewiesen werden müssen, daß jede künstliche Steigerung der Nahrungsmittelpreise zu unterbleiben hat.

Seit mehreren Jahren wird von vielen Seiten ein Reichstuberkulosegesetz verlangt. Auch der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege (Sept. 1920) und das Deutsche Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose (Oktober 1920) haben sich eingehend mit diesem Gegenstand befaßt. Gefordert wurden gesetzliche Vorschriften, namentlich über die Ausgestaltung des Fürsorgestellenwesens, über die Erfassung der ansteckungsfähigen Kranken und über deren Unterbringung, soweit sie ihre Umgebung gefährden. Der Entwurf eines Reichstuberkulosegesetzes ist bis jetzt dem Reichstag nicht zugegangen. In dem Preußischen Gesetz[3]) zur Bekämpfung der Tuberkulose vom

---

[1]) Siehe Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 40.

[2]) Über die verdienstvolle Tätigkeit des Zentralkomitees siehe den Aufsatz von Gottstein: „Ein Vierteljahrhundert Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose", Deutsche med. Wochenschrift 1921 Nr. 19.

[3]) Der Wortlaut des Gesetzes wurde in der „Zeitschrift für Medizinalbeamte" 1924 Nr. 6 wiedergegeben. In dieser Zeitschrift 1924 Nr. 9 legt Ed. Steinebach die ohne weiteres erkennbare Lückenhaftigkeit dieses Gesetzes dar. — M. Kirchner teilte 1921 mit, daß er, als Leiter des preußischen Medizinalwesens, im Jahre 1904 in den Entwurf des Seuchengesetzes (siehe S. 360) die An-

4. August 1923 wird insbesondere bestimmt: Jede ansteckende Erkrankung und jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopfschwindsucht ist dem beamteten Arzt oder gegebenenfalls der Fürsorgestelle durch den zugezogenen Arzt anzuzeigen. Wohnungswechsel solcher Kranken ist mitzuteilen. Die Fürsorgestellen haben die für notwendig erachteten Fürsorgemaßnahmen möglichst im Benehmen mit dem behandelnden Arzt zu treffen. Soweit die Gemeinden oder anderen Stellen in Anspruch zu nehmen sind, haben die Fürsorgestellen Anträge an diese zu stellen. Auf Antrag des beamteten oder behandelnden Arztes kann die Ortspolizei eine Desinfektion ausführen lassen; die Kosten sind auf Antrag aus öffentlichen Mitteln zu bestreiten. In dem Mecklenburg-Schwerinschen[1]) Tuberkulosegesetz vom 19. Februar 1924 werden die Ärzte verpflichtet, jeden Erkrankungs- oder Todesfall, der zu ihrer beruflichen Kenntnis gelangt, dem beamteten Arzt anzuzeigen; die Wohlfahrtsämter haben Tuberkulosefürsorgestellen zu errichten. Das Schaumburg-Lippische[2]) Tuberkulosegesetz vom 26. Februar 1924 enthält Vorschriften über die Anzeigepflicht der Ärzte bei jeder ansteckenden Erkrankung und jedem Todesfall an Tuberkulose sowie über die Desinfektion.

So wünschenswert gesetzliche Vorschriften dieser Art, die sich gegenüber den akuten Seuchen bewährt haben, sind, für den Kampf gegen die Tuberkulose würde man mit ihnen allein keineswegs auskommen. Um diesen Kampf erfolgreich zu führen, müssen die oben gekennzeichneten sozialen Mißstände beseitigt oder gemildert werden. Wir brauchen nicht nur ein Tuberkulosegesetz, sondern eine Gesetzgebung gegen die Tuberkulose. Wer gegen die Tuberkulose zu Felde ziehen will, muß sich vor allem stets zwei Sätze vor Augen halten: 1. Ohne Tuberkelbazillus gibt es keine Tuberkulose. 2. Der Tuberkelbazillus weicht dem billigeren Brote.

Literatur: *1.* **L. Brauer:** *„Der Einfluß der Krankenversorgung auf die Bekämpfung der Tuberkulose als Volkskrankheit", Beiträge z. Klinik d. Tb. 1904 Bd. II Heft 2. — 2.* **K. Blümel:** *„Lückenloser Ausbau der Tuberkulosebekämpfung", Tb.-Fürsorgeblatt 1919 Nr. 12. — 3.* **Julius Cohnheim:** *„Die Tuberkulose vom Standpunkte der Infektionslehre", Leipzig 1880. — 4.* **K. Dörner:** *a) „Ein Beitrag zur Pathogenese der Tuberkulose", Beiträge z. Klinik d. Tb. 1911 Bd. 20 Heft 1; b) „Vergleichende Untersuchungen über Tuberkuloseverbreitung in zwei verschiedenen Bezirken Badens", Beiträge z. Klinik d. Tb. 1914 Bd. 30; c) „Tuberkuloseverbreitung und soziale Mißstände", Sozialhyg. Mitteil. 1922 Heft 3. — 5.* **Engelsmann:** *„Der preußische Gesetzentwurf zur Bekämpfung der Tuberkulose", Sozialhyg. Mitteil. 1922 Heft 4. — 6.* **A. Fischer:** *a) siehe Fußnote 5 S. 12; b) „Tuberkulose und soziale Umwelt", Sozialhyg. Abhandl. Nr. 4, Karlsruhe i. B. 1921. — 7.* **Gebhard:** *„Ausbreitung der Tuberkulose unter der versicherungspflichtigen Bevölkerung", Bericht ü. d. Kongreß z. Bek. d. Tb. als Volkskrankheit, herausg. v. Pannwitz, Berlin 1899. — 8.* **O. Geissler:** *„Bericht über die Tätigkeit der städtischen Tuberkulosefürsorgestelle Karlsruhe", Karlsruhe i. B. 1924. — 9.* **Gottstein:** *a) „Epidemiologie", Abhandl. i. Handb. d. Tb. Bd. 1, herausg. v. L. Brauer, G. Schröder u. F. Blumenfeld, Leipzig 1914; b) „Die neue Gesundheitspflege", Berlin 1920. — 10.* **Grotjahn:** *a) „Die Krisis in der Heilstättenbewegung", Vortrag, Med. Reform 1907 Nr. 19, dazu die Aussprache ebenda Nr. 24; b) „Krankenhauswesen und Heilstättenbewegung im Lichte der sozialen Hygiene", Leipzig 1908. — 11.* **Güterbock:** *„Die Einrichtungen zur Bekämpfung der Tuberkulose in England", Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 17. — 12.* **Hamel:** *„Deutsche Heilstätten für Lungenkranke", Tb.-Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesund-*

zeigepflicht bei vorgeschrittener Tuberkulose aufgenommen hatte; der Landtag hat diese Vorschrift jedoch abgelehnt. Man wird dies mit Kirchner bedauern; aber seine Ansicht, daß durch das Fehlen der Anzeigepflicht viel verabsäumt worden ist, findet in den Erfahrungen, die man in Baden mit dieser Vorschrift gemacht hat, keine Stütze.

[1]) Siehe Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts 1924 Nr. 16. In den Ausführungsvorschriften vom 1. April 1924 (ebenda Nr. 22) werden insbesondere die Aufgaben der Fürsorgestellen eingehend dargelegt. Siehe auch O. Geißler: „Ein Tuberkulosefürsorgegesetz", Sozialhyg. Mitteil. 1924 Heft 4.

[2]) Siehe Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts 1924 Nr. 16.

*heitsamte Heft 14, Berlin 1918. — 13. **Harms**: „Die Fürsorgestellen für Lungenkranke", Therapeut. Monatshefte 1919, Juli; b) „Beitrag zu einer zukünftigen, einheitlichen Entwicklung der Lungenfürsorgestellen auf Grund der Mannheimer Organisation", Tb.-Fürsorgebl. 1919 Nr. 10; c) „Bericht der städtischen Lungenfürsorgestelle und des Lungenspitals Mannheim", Mannheim 1921; d) Könnte ein Ausbau der Tuberkulosefürsorge ein Tuberkulose-Reichsgesetz überflüssig machen?", Tb.-Bibliothek Nr. 1, herausg. von L. Rabinowitsch, Leipzig 1921; e) „Entstehung und Verlauf der Tuberkulose mit besonderer Berücksichtigung des Kindesalters", Sozialhyg. Mitteil. 1922 Heft 3. — 14. **F. Hirschfeld**: siehe Literatur S. 353 Ziffer 5. — 15. **Jötten**: „Die Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke, wie sie ist und wie sie sein soll", Berlin 1923. — 16. **Kaup**: „Betrachtungen über die Bekämpfung der Tuberkulose in einigen Ländern, namentlich in England, Frankreich, den Vereinigten Staaten, Norwegen, Schweden, Dänemark, und ihre Nutzanwendung für Deutschland", Concordia 1910 S. 4 ff. — 17. **Kayserling**: „Bekämpfung der Tuberkulose durch die Gesetzgebung", Bericht ü. d. 41. Versamml. d. Deutsch. Ver. f. öffentl. Gesundheitspfl., Braunschweig 1921. — 18. **M. Kirchner**: a) „Was erwarten wir von einem deutschen Tuberkulosegesetz?", Tb.-Bibliothek Nr. 1, herausg. v. L. Rabinowitsch, Leipzig 1921; b) „Die Zunahme der Tuberkulose während des Weltkrieges und ihre Gründe", Zeitschr. f. Tb. 1921 Bd. 34 Heft 3 u. 4. — 19. **Robert Koch**: a) „Die Ätiologie der Tuberkulose", Berl. Klin. Wochenschr. 1882 Nr. 15; b) „Über bakteriologische Forschung", Bericht ü. d. X. Internation. med. Kongreß Bd. 1, Berlin 1891; c) „Weitere Mitteilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose", Deutsch. med. Wochenschr. 1890 Nr. 46a, Extra-Ausgabe; d) „Epidemiologie der Tuberkulose", Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1910 Bd. 67 H. 1. — 20. **Kölsch**: „Arbeit u. Tuberkulose", Arch. f. soz. Hyg. 1911 Bd. 6 H. 1—3. — 21. **H. Kossel**: „Zur Tuberkulosebekämpfung nach dem Kriege", Sozialhyg. Mitteil. 1918 Heft 1. — 22. **Krieger**: „Beziehungen zwischen den äußeren Lebensverhältnissen und der Ausbreitung der Tuberkulose", Bericht ü. d. Kongreß z. Bek. d. Tb. als Volkskrankheit, herausg. v. Pannwitz, Berlin 1899. — 23. **Fr. Lenz**: siehe Literatur S. 218 Ziffer 14. — 24. **G. Liebermeister**: „Tuberkulose und Schwangerschaft", Klin. Wochenschr. 1924 Nr. 11. — 25. **F. Neufeld**: „Immunität und Tuberkulose", Zeitschr. f. Tb. 1921 S. 606 ff. — 26. **A. Oldendorff**: „Die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht unter den bei den deutsch. Lebensversicherungsgesellschaften Versicherten", Zeitschr. d. Preuß. Stat. Büros 1873 S. 302 ff. — 27. **J. Petruschky**: a) „Vorträge z. Tuberkulosebekämpfung", Leipzig 1900; b) desgl., neue Folge, Leipzig 1910; c) „Tuberkulosebekämpfung", Art. i. Handw. d. Kommunalw. Bd. 4, Jena 1922. — 28. **E. Pütter**: a) „Die Bekämpfung der Schwindsucht innerhalb der Städte", Zeitschr. f. Krankenpflege 1901 S. 398 ff.; b) gemeinsam mit Kayserling: „Die Errichtung und Verwaltung von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Tuberkulose", Berlin 1905; c) „Die Bekämpfung der Tuberkulose innerhalb der Stadt", Berlin 1907. — 29. **A. Riffel**: a) „Die Erblichkeit der Schwindsucht und tuberkulösen Prozesse", Karlsruhe i. B. 1890; b) „Weitere pathogenetische Studien über Schwindsucht und Krebs und einige andere Krankheiten. Nach eigener Methode angestellt", Frankfurt a. M. 1901; c) „Schwindsucht und Krebs im Lichte vergleichend-statistisch-genealogischer Forschung", Karlsruhe i. B. 1905. — 30. **H. Samter**: „Asyle, Heilstätten u. Fürsorgestellen für Tuberkulöse", Med. Reform 1907 Nr. 35; dazu die Erwiderung von Grotjahn, Med. Reform 1907 Nr. 37. — 31. **A. v. Wassermann**: „Immunität bei Tuberkulose", Zeitschr. f. Tb. 1921 S. 596 ff. — 32. **W. Weinberg**: „Die Kinder der Tuberkulösen", Leipzig 1913.*

4. Geschlechtskrankheiten.

Auch die Geschlechtskrankheiten gehören zu den Infektionskrankheiten, die einen chronischen Verlauf zeigen. Man unterscheidet drei Formen: 1. Tripper (Gonorrhoe), 2. Syphilis (Lues), 3. Schanker (Ulcus molle); die letztere Krankheit ist, medizinisch betrachtet, gewöhnlich geringfügiger Art, so daß sie hier unberücksichtigt bleiben kann.

Der Tripper wird durch einen Diplokokkus, den Neisser schon 1879 entdeckt hat, erzeugt. Die Krankheit beschränkt sich beim Manne zumeist auf die Geschlechtsorgane und die benachbarten Drüsen. Vielfach verläuft auch sie anscheinend harmlos, so daß sie leichtsinnigerweise als „Kinderkrankheit" angesehen wird. In zahlreichen Fällen nimmt sie aber einen chronischen Charakter an. Der Zustand dauert jahrelang, wobei die Gonokokken oft nicht mehr nachweisbar sind, ohne daß daraus ihr Nichtvorhandensein gefolgert werden darf. Die Kranken halten sich aber dann trotzdem für gesund und heiratsfähig; die Folge ist vielfach, daß ihre Frauen schon kurze Zeit nach der Hochzeit geschlechtskrank sind. Bei dem weiblichen Geschlecht führt der Tripper oft zu schweren

Unterleibsleiden und zur Unfruchtbarkeit. Im allgemeinen ist der Tripper, wenn er rechtzeitig erkannt und sachgemäß behandelt wird, heilbar, bei dem weiblichen Geschlecht ist jedoch die Behandlung oft schwieriger und weniger erfolgreich als bei dem männlichen.

Der Erreger der Syphilis ist die 1905 von dem damals im Kaiserl. Gesundheitsamt angestellten Zoologen Schaudinn gemeinsam mit dem Hautarzt E. Hoffmann entdeckte Spirochaeta pallida; sie ist in dem frischen Syphilisgeschwür mikroskopisch nachweisbar. Man unterscheidet bei der Lues drei Stadien. Zuerst zeigt sich vielfach nur ein kleines Geschwür an den Geschlechtsteilen, das sogar von selbst heilen kann und daher gar nicht von dem Kranken beachtet wird. Im zweiten Stadium treten Allgemeinerscheinungen, namentlich Ausschlag und Drüsenschwellungen auf, im Blut bilden sich eigenartige Stoffe, die seit 1906 serologisch, durch die sogenannte Wassermannsche Reaktion, festgestellt werden können. Blaschko hielt den positiven Ausfall der Blutprobe zwar nur für ein Symptom der Syphilis, aber für das sicherste und hartnäckigste aller Zeichen der Lues. Wenn die Syphilis nicht geheilt wird, entwickelt sich nach einer Reihe von Jahren das dritte Stadium, in dem sich schwere Erkrankungen der Blutgefäße, des Herzens, der Leber, des Gehirns und des Rückenmarks finden. Die Lues ist in vielen Fällen heilbar, namentlich seit der 1910 erfolgten Entdeckung des Salvarsans durch P. Ehrlich. Das Salvarsan ist, nach dem Urteil so zuverlässiger Sachkenner wie Blaschko, Jadassohn und Galewsky, ein äußerst wirksames Mittel, besonders wenn die Behandlung im ersten Stadium erfolgt. Die Heilung kann schon durch eine einzige Einspritzung erzielt werden; zumeist ist aber eine mehrjährige, von längeren Pausen unterbrochene Kur, bei der auch andere Heilmittel angewandt werden, erforderlich.

Eine Immunität gegenüber den Geschlechtskrankheiten gibt es für keinen Menschen, wenngleich vielleicht die Empfänglichkeit bei den einen größer sein mag als bei anderen. Einer besonderen Anlage, wie z. B. bei der Tuberkulose, bedarf es bei den venerischen Infektionen nicht. Aber diese Infektionen erfolgen, von seltenen Ausnahmen abgesehen, nur bei dem Beischlaf. Ehegatten, die frei von Geschlechtskrankheiten die Ehe geschlossen haben, bleiben von ihnen verschont; zeigen sich ansteckende Geschlechtskrankheiten, so war mindestens einer der Ehegatten vor der Hochzeit geschlechtskrank, oder mindestens einer von ihnen hat die Krankheit während der Ehe bei außerehelichem Verkehr erworben. Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten ist also auf den außerehelichen Verkehr zurückzuführen.

Es fragt sich nun, welche Einflüsse die kulturelle Umwelt auf die Ausdehnung des außerehelichen Verkehrs und besonders auf die hierbei erfolgenden Ansteckungen ausübt. Um hierüber Aufschluß zu erhalten, müssen wir uns zunächst mit den in Betracht kommenden Statistiken befassen.

Wir haben oben (S. 346) auf die Lücken der Krankheitsstatistik im allgemeinen hingewiesen. Diese Mängel zeigen sich naturgemäß ganz besonders bei den Geschlechtskrankheiten, da hier die meisten Kranken den Wunsch haben, daß ihre Krankheit verheimlicht wird. Man kann dies in gewissem Sinne als ein erfreuliches Zeichen betrachten, da die Kranken dadurch beweisen, daß sie es immerhin doch noch für einen Verstoß gegen die Sittlichkeit halten, mit einer Geschlechtskrankheit, die ja den außerehelichen Geschlechtsverkehr offenbart, behaftet zu sein; aber vom Standpunkte der Krankheitsverhütung aus muß verlangt werden, daß alle Geschlechtskranken einer (zum Schweigen verpflichteten) Behörde gemeldet und dadurch statistisch erfaßt werden, da nur auf diese

Weise erkannt werden kann, welche Mittel im Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten einen Erfolg gewährleisten.

In den Zeichnungen 22 bis 24 (S. 348) findet man keine Angaben über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. Daraus darf aber keineswegs geschlossen werden, daß die Geschlechtskrankheiten nicht sehr ausgedehnt sind. Denn die Krankenkassenstatistik ist hierbei ganz unbrauchbar, da auf den Krankenscheinen die venerischen Krankheiten von den Ärzten aus begreiflicher Rücksichtnahme verschleiert werden. Und die Invaliditäts- und die Todesursachenstatistik versagen hier ebenfalls, da selten jemand unmittelbar durch eine Geschlechtskrankheit invalide wird oder an ihr stirbt; wohl aber spielen die Geschlechtskrankheiten, vor allem im dritten Stadium der Syphilis, in einer anderen Gestalt, nämlich als Gefäß-, Herz-, Leber-, Gehirn- oder Rückenmarksleiden eine große Rolle als Invaliditäts- oder Todesursachen.

Die Bedeutung der Syphilis für die Entstehung der zuletzt genannten Krankheiten erkennt man aus unserer Zeichnung 32, die einer Darstellung von Blaschko entnommen ist.

Zeichnung 32.

Todesursachen bei Syphilitikern.

Durchschnittsmortalität aller Versicherten 100
Tuberkulose 48
Krankheiten der Atmuugsorgane 99
Infektionskrankheiten 110
Bösartige Neubildungen 160
Nierenkrankheiten 164
Sämtliche Todesursachen 168
Krankheiten des Magens und Darmes 184
Krankheiten des Zirkulationsapparates 216
Selbstmord 222
Apoplexie 228
Geistes- und Gehirnkrankheiten außer Paralyse 245
Paralyse 503
Rückenmarkskrankh. 667
Aneurysma 680

(Nach Blaschko.)

Blaschko stützte sich auf die Angaben der Gothaer Lebensversicherungsbank und konnte zeigen, daß, wenn man die Durchschnittsmortalität aller Versicherten = 100 setzt, die Sterblichkeit an allen Todesursachen zusammen bei denjenigen Versicherten, welche bei ihrer Aufnahme Syphilis angegeben haben, 168 beträgt; bei der Tuberkulose ist die Sterblichkeit der Syphilitiker, nach Zeichnung 32, zwar nur 48, aber bei den Krankheiten des Zirkulationsapparates bereits 216, bei Paralyse 503, bei Rückenmarkskrankheiten und Aneurysma sogar über 600.

Man sieht also, daß die Geschlechtskrankheiten vielfach verheerende Wirkungen, die aber erst auf Umwegen in der Todesursachenstatistik zutage treten, erzeugen. Dazu kommt, daß sowohl die Gonorrhoe wie die Lues die Nachwuchsziffern stark beeinträchtigen,

indem sie zur Unfruchtbarkeit, zu Fehlgeburten oder Krankheiten der Neugeborenen führen; hierüber liegen jedoch brauchbare zahlenmäßige Angaben nicht vor. Angeführt sei jedoch, daß, nach Blaschko, der Augentripper der Neugeborenen trotz des Credéschen Verfahrens (Eintröpfelung zweiprozentiger Höllensteinlösung in die Augen der Neugeborenen), das sich als sehr wirksam erweist, immer noch sehr häufig ist; unter den Insassen der Blindenanstalten war in Berlin bei 21,35, in Breslau bei 35,1, in München bei 73,75 % die Blindheit auf Blenorrhoe zurückzuführen.

Mittels Stichproben wurde im Deutschen Reich bereits mehrfach versucht, ein Bild von der Ausdehnung der Geschlechtskrankheiten zu erhalten. Wenngleich allen diesen Untersuchungen methodische Mängel, die sich unter den obwaltenden Zuständen nicht vermeiden ließen, anhaften, so sind sie doch in mancher Hinsicht lehrreich.

Zunächst ist hier auf die preußische Erhebung vom Jahre 1900, über die Guttstadt berichtet hat, hinzuweisen. Es zeigte sich damals schon, daß, gemessen an den Zahlen der in Behandlung stehenden Kranken, eine Stadt verhältnismäßig um so mehr Infizierte aufwies, je größer sie war. Im Jahre 1913 wurde eine Untersuchung, die sich auf die innerhalb eines Monats (20. November bis 20. Dezember) in 37 deutschen Großstädten in Behandlung gewesenen Geschlechtskranken erstreckte, veranstaltet. Dem hierüber von Busch veröffentlichten Bericht sind u. a. folgende Ergebnisse zu entnehmen: In den 37 Großstädten, die über 13 Millionen Einwohner zählten, belief sich die Ziffer der in ärztlicher Behandlung befindlichen Geschlechtskranken auf rund 73000, so daß auf 1000 Einwohner 5,5 Infizierte kamen. Von den Kranken waren 75 % männlichen Geschlechts. Die Gonorrhoe kam fast viermal, die Syphilis über zweimal so häufig bei dem männlichen wie bei den weiblichen Kranken vor. In Krankenhäusern wurden 18 % behandelt. Unter den kranken Männern waren 30 %, unter den infizierten Frauen 37 % verheiratet. Bei je 100 Erkrankungen handelte es sich 50 mal um Gonorrhoe, 45 mal um Syphilis und 5 mal um Ulcus molle. Bei der Reichserhebung[1]) der Geschlechtskranken in der Zeit vom 15. November bis 14. Dezember 1919 wurden im Deutschen Reich 136328 Geschlechtskranke (89378 männliche, von denen 9971 Militärpersonen waren, und 46950 weibliche) festgestellt, so daß auf 1000 Einwohner 2,2 und zwar beim männlichen Geschlecht 3,1, bei dem weiblichen 1,5 entfielen. (Vergleichbar sind die Ergebnisse dieser beiden Erhebungen nicht, da jeder zuviel Fehler anhaften.)

Auch in mehreren ausländischen[2]) Staaten wurden in den letzten Jahren Zählungen der Geschlechtskranken veranstaltet. Bei der vom 1. Oktober 1920 bis 30. September 1921 in der Schweiz durchgeführten Untersuchung, die nach den „Veröffentlichungen des Reichsgesundheitsamtes" vom 19. September 1923, „wohl die vollständigste unter den auf diesem Gebiete bekanntgewordenen Erhebungen" ist, da sich an ihr 75 % aller schweizerischen Ärzte und 95 % aller Fachärzte für Geschlechtskrankheiten beteiligten, ergab sich, daß auf je 1000 Einwohner 4,02 Geschlechtskranke kamen. Von dieser Durchschnittszahl weichen jedoch die für die einzelnen Größenklassen der Gemeinden geltenden Ziffern erheblich ab. Nach Angabe von W. Feld[3]) entfielen auf 1000 Einwohner in den Städten

[1]) Siehe „Verhandlungen des Reichstages" I. Wahlperiode 1920, Anlagen zu den Stenographischen Berichten Nr. 5801.

[2]) Über die schwedischen Ergebnisse siehe „Veröffentl. d. Reichsgesundheitsamts" 1920 Nr. 18, über die amerikanischen ebenda 1922 Nr. 12.

[3]) W. Feld: „Die Geschlechtskrankheiten in der Schweiz", Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege, herausg. von W. v. Gonzenbach, 1924 Heft 1.

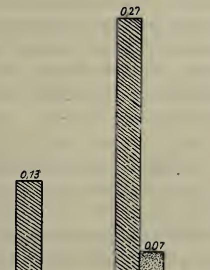
mit mehr als 50000 Einwohnern 10,7, in den Städten mit 10—20000 Einwohnern 3,4 und in ländlichen Gemeinden nur 0,9 Geschlechtskranke.

Besonders bemerkenswert sind die von Haustein veröffentlichten Angaben über die Anzahl der von den Ärzten in Kristiania angemeldeten Fälle von Geschlechtskrankheiten während der Jahre 1876 bis 1920. Wir greifen aus diesen Ziffern nur folgende heraus: Im Jahre 1904 (also vor der Entdeckung des Syphiliserregers, der Wassermannschen Reaktion und des Salvarsans) belief sich die Zahl der gemeldeten Fälle auf 11,1‰, dagegen im Jahre 1920 auf 10,3‰. Die Ziffer ist mithin auch noch im Jahre 1920 sehr groß, jedoch etwas kleiner als 1904. Die Verminderung zeigt sich aber nicht bei den Syphilisfällen, sondern lediglich bei der Gonorrhoe und dem Ulcus molle.

Zeichnung 33.

Zahl der Geschlechtskranken in Stadt und Land.

Auf 100 Einwohner kamen 1909 im Staate Braunschweig Geschlechtskranke:

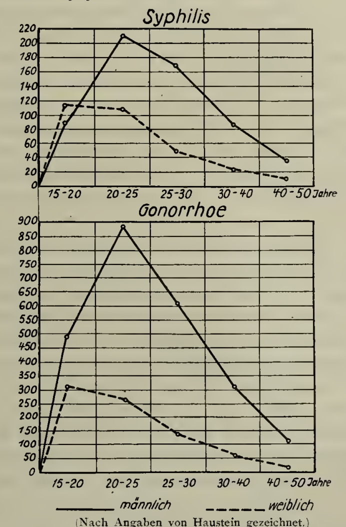


(Nach amtlichen Angaben.)

Zeichnung 34.

Die Geschlechtskranken nach Altersklassen und Geschlecht.

Auf 10000 Einwohner jeder Altersklasse kamen 1919 in Stockholm:



(Nach Angaben von Haustein gezeichnet.)

Daß die Geschlechtskrankheiten in den Städten, besonders in der Großstadt, viel häufiger sind als auf dem Lande, geht nicht nur aus den angeführten schweizerischen Zahlen, sondern auch aus unserer Zeichnung 33 hervor, welche über die Ergebnisse im früheren Herzogtum Braunschweig[1]) während des Jahres 1909 unterrichtet. Bei der braunschweigischen Erhebung wurden insgesamt 747 Geschlechtskranke festgestellt.

[1]) Siehe „Die Geschlechtskrankheiten im Herzogtum Braunschweig nach der Erhebung vom 1. Februar bis 31. Juli 1909“, Beiträge z. Statist. d. Herzogt. Braunschweig Heft 25, Braunschweig 1911

Wie verschieden die einzelnen Altersklassen an den Geschlechtskrankheiten beteiligt sind, lehrt unsere Zeichnung 34, welche die von Haustein mitgeteilten Stockholmer Ziffern veranschaulicht.

Nach einer Darstellung auf der Internationalen Hygieneausstellung[1]) zu Dresden 1911 waren die Krankheitsziffern in den einzelnen Bevölkerungsschichten Berlins sehr ungleich. Es hatten Geschlechtskrankheiten unter den: Soldaten 4—5% (Zahlen der Berliner Garnison), Arbeitern 8% (Filiale der Zentral-Krankenkasse der Tischler), Kellnerinnen a) 13,5 % (Mitteilungen der Ortskrankenkasse der Gastwirte), b) 30 % (Angaben der Berliner Polizei über aufgegriffene, der Prostitution verdächtige Kellnerinnen), Kaufleuten 16,5% (Berliner Zahlstelle des Verbandes deutscher Handlungsgehilfen), Studenten 25 % (Studentische Krankenkasse).

Erwähnt sei, daß unter den 1912 in München[2]) wegen Gewerbsunzucht oder Verdacht derselben von dem Polizeiarzt untersuchten heimlichen Prostituierten 551 geschlechtskrank waren. Von den Geschlechtskranken waren 14 unter 16 Jahre alt; 58 standen im Alter von 16 bis 18, 189 von 18 bis 21 Jahren.

Schließlich ist noch anzuführen, daß nach Angaben von Gans, der während des Weltkrieges bei den geschlechtskranken Lazarettinsassen Badens die Ansteckungsquelle festgestellt hat, sich die Infektionsträgerinnen in drei große Gruppen einteilen lassen. Am häufigsten erfolgten die Ansteckungen bei dem Verkehr mit Kellnerinnen, Dienstboten, Straßendirnen, dann mit Ladenmädchen, Bordelldirnen, Fabrikarbeiterinnen, eigenen Ehefrauen, am seltensten mit Bürgertöchtern, Kriegerfrauen.

* * *

Den dargebotenen Zahlenangaben, die zwar sämtlich nur mit Vorsicht zu verwenden sind, kann man immerhin einige Hinweise auf die Art, wie die kulturelle Umwelt die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten beeinflußt, entnehmen.

Zunächst wird man den Eindruck gewonnen haben, daß die Geschlechtskrankheiten, deren oft furchtbare Folgen schon allein die Zeichnung 32 angibt, stark verbreitet sind. Die bei der Reichserhebung vom Jahre 1919 gefundenen Zahlen sind unzweifelhaft nur Mindestziffern. Genauere Untersuchungen würden bei uns ebenso große Zahlen wie in der Schweiz oder gar in Norwegen ergeben haben. Die Stockholmer Ziffern beweisen, daß, wenn es auch überaus wertvoll ist, den Erreger der Syphilis zu kennen sowie ein so sicheres diagnostisches[3]) Mittel wie die Wassermannsche Reaktion und ein so wirksames Heilmittel wie das Salvarsan[4]) zu besitzen, die Syphiliserkrankungen doch seit 1905 nicht

[1]) Siehe „Führer durch die Ausstellung der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten", Leipzig 1911.

[2]) Siehe „Aufgaben und Leistungen der Polizeistatistik", Zeitschr. d. bayer. Statist. Landesamtes 1914 S. 164.

[3]) A. v. Wassermann äußerte sich in einem Aufsatz „Der Weltkrieg als Eroberer der modernen Hygiene" (Berl. Tagebl. vom 5. März 1916 2. Beil.) über die Geschlechtskrankheiten folgendermaßen: „Auch für diese Klasse von Krankheiten gilt eben das gleiche wie für alle Infektionen, daß ihre Gefährlichkeit als Volksseuche in dem Augenblick gebrochen ist, wo wir imstande sind, durch exakte Methoden jeden Fall sofort diagnostizieren zu können." Der verdienstvolle Berliner Serologe wird wohl selbst den Erfahrungen während und nach dem Kriege entnommen haben, daß seine Ansicht, die im Kampf gegen manche akuten Seuchen zutrifft, weder bei der Tuberkulose, noch bei den Geschlechtskrankheiten haltbar ist; denn bei der Verbreitung der ersteren kommt es hauptsächlich auf die wirtschaftliche, bei der Verbreitung der letzteren vorzugsweise auf die sittlich-religiöse Umwelt an.

[4]) Ehrlich hatte, nach Angabe von Blaschko, gehofft, „durch das Salvarsan die Syphilis mit einem Schlage zu beseitigen". Leider hat sich der hervorragende Forscher hierin getäuscht.

seltener geworden sind. Auch die Zahl der Trippererkrankungen hat sich seit der Entdeckung der Gonokokken im Jahre 1879 nicht nachweisbar verringert. Für den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten genügen die Kenntnis der Krankheitserreger sowie der Besitz der diagnostischen und therapeutischen Mittel nicht, wenn die kulturelle Umwelt, welche die Bedingungen für den außerehelichen Verkehr und für die Übertragung der Krankheitserreger schafft, den sittlichen Forderungen nicht entspricht.

Wir haben gesehen, daß in den Städten, besonders in den Großstädten, die Geschlechtskrankheiten viel häufiger zu finden sind als auf dem Lande. Diese Tatsache ist nur auf die kulturellen Mißstände zurückzuführen. Wirtschaftliche Verhältnisse spielen hier auch eine gewisse Rolle. Namentlich die Übervölkerung der Wohnräume ist hier anzuführen. Sodann findet die Frühehe sehr häufig in den wirtschaftlichen Zuständen ein Hindernis. Aber im allgemeinen macht sich die wirtschaftliche Notlage hier nicht geltend; im Gegenteil, gerade die Wohlhabenden üben, unter dem Einfluß des Alkohols, am häufigsten den außerehelichen Beischlaf aus und holen sich besonders oft Infektionen. Wir sahen ja auch, daß Studenten und Kaufleute in verhältnismäßig noch größerer Anzahl geschlechtskrank sind als Arbeiter und Soldaten.

Schlimmer als die wirtschaftlichen Verhältnisse wirken auf dem in Rede stehenden Gebiete sonstige kulturelle Zustände.

Blaschko führt einen Ausspruch von Krafft-Ebing an: „Zivilisation ist Syphilisation.“ Damit ist offenbar gemeint, daß die „Überkultur“, die man in den Großstädten findet (die aufreizenden Schauvorstellungen, die weitverbreitete Schundliteratur, die Verleitungen zum Alkoholmißbrauch u. a. m.), den Boden für das Wachstum der durch nichts gehemmten Sinnenlust bereitet. Es fehlt an der erforderlichen Aufklärung darüber, daß man die geschlechtliche Enthaltsamkeit ohne gesundheitlichen Schaden durchführen kann, und daß der außereheliche Verkehr stets mit großen Gefahren verbunden ist; es mangelt aber auch an der sittlich-religiösen Erziehung. Haben doch Forschungen von Meirowsky erwiesen, daß schon Gymnasiasten in zahlreichen Fällen geschlechtlich verkehrt haben; und die oben mitgeteilten Münchener Ergebnisse haben ja gezeigt, daß viele geschlechtskranke Dirnen noch in sehr jugendlichem Alter stehen.

Die Tatsache, daß etwa dreimal soviel männliche wie weibliche Geschlechtskranke gezählt wurden, beweist, daß sich viele Männer bei der gleichen Weibsperson anstecken. Hieraus ergibt sich der verhängnisvolle Einfluß, den die Prostitution ausübt. Mit dieser Einrichtung müssen wir uns daher besonders befassen.

Unter Prostituierten versteht man solche Personen, die sich gewohnheitsmäßig gegen Entgelt ohne Zuneigung zum Geschlechtsverkehr anbieten. Das sogenannte „Verhältnis“ gehört mithin nicht zur Prostitution. Es gibt eine weibliche und eine männliche Prostitution; letztere ist jedoch im Deutschen Reich, von manchen Großstädten abgesehen, im Vergleich zur ersteren so wenig ausgedehnt, daß wir sie hier nicht zu erörtern brauchen. Man unterscheidet zunächst zwei Gruppen, die geheime und die öffentliche Prostitution; es gibt allerdings vielfach Übergänge von der einen zur anderen Gruppe. Jede weist wiederum mehrere Formen auf.

Die geheime Prostitution wird als Nebenerwerb oder als Haupterwerb betrieben. Bei den Prostituierten im Nebenerwerb spielt die Zuneigung zuweilen noch eine gewisse Rolle, aber maßgebend ist auch hier die Bezahlung, die freilich nicht immer in barem Gelde, sondern oft auch in Essen, Trinken, Kleidung u. a. m. bestehen kann. Es handelt sich zumeist um Kellnerinnen, Dienstmädchen, Arbeiterinnen, Geschäftsgehilfinnen, die eben noch arbeiten. Die geheimen Prostituierten, welche die Unzucht im Haupterwerb ausüben, täuschen einen harmlosen Erwerbszweig, z. B. den der Masseusen, Zimmervermieterinnen u. dgl. vor. Gemeinsam ist allen Prostituierten, daß sie es

verstehen, sich dem polizeilichen Zugriff zu entziehen. Ihre Zahl ist, obgleich man sie naturgemäß nicht genau feststellen kann, unzweifelhaft sehr groß.

Zur öffentlichen Prostitution gehören diejenigen Personen, die freiwillig oder gezwungen unter sittenpolizeilicher Aufsicht stehen, die mithin gewissermaßen eine staatliche Erlaubnis besitzen, ihr Gewerbe zu betreiben. Die öffentlichen Prostituierten sind in seßhafte und in Straßendirnen einzuteilen. Letztere wohnen frei, in den verschiedensten Stadtgegenden, wo sie gerade ein Zimmer erhalten, und gehen auf die Straße, um „Kunden" zu finden, erstere werden in ihren „Betrieben" besucht. Übergänge gibt es hierbei insofern, als manche ehemalige seßhafte Prostituierte zeitweise als Straßendirne tätig ist, und umgekehrt. Bei den seßhaften Dirnen sind wieder drei Arten zu trennen; solche, die in Bordells, solche, die in ihren Wohnungen, und solche, die in Animierkneipen ihr Gewerbe betreiben. In den Bordellen sind die Insassinnen Lohnsklavinnen; sie geben sich jedem Besucher und zu jeder Zeit hin und verhelfen, während sie selbst meist arm bleiben und am Alkohol oder an Geschlechtskrankheiten zugrunde gehen, dem Bordellinhaber oft schnell zu einem Vermögen. Die Animierkneipen sind zwar sehr verschiedenartig gestaltet; bald sollen hier die Dirnen nur zum Alkoholverbrauch reizen, bald aber sind diese „Wirtschaften" nichts anderes als verkappte Bordelle. Die kasernierte Prostituierte dagegen, die in ihrer eigenen Wohnung lebt — die Wohnungen aller dieser Dirnen befinden sich gewöhnlich in der gleichen abgelegenen Gasse —, ist viel freier, empfängt nur wann und wen sie will, und kann unter Umständen so viel ersparen, daß sie aus dem unsittlichen Lebenswandel herauskommt. Die polizeiliche Überwachung und die ärztliche Untersuchung der Dirnen werden durch die Bordellierung und Kasernierung wesentlich erleichtert.

Die Geschichte der Prostitution reicht bis in vorgeschichtliche Zeiten zurück; auch von Amerika wird aus der Zeit unmittelbar nach seiner Entdeckung berichtet, daß es dort Freudenmädchen gegeben hat. Im alten Orient war, meist im Zusammenhang mit dem Tempeldienst, die Prostitution weit verbreitet. Zu der im 5. Buch Mosis Kap. 23 enthaltenen Vorschrift (siehe oben S. 19) wird gewiß Anlaß genug vorhanden gewesen sein. Und wenn nach demselben Buch, Kap. 22, angeordnet wird, daß die Jungfrau, die Unzucht getrieben hat, zu Tode gesteinigt werden soll, so hat diese Strafandrohung die Prostitution doch nicht völlig auszurotten vermocht. In Griechenland hatte die Prostitution die zartere Form des Hetärenwesens angenommen, und in Rom gab es die mannigfaltigsten Arten, bald im Zusammenhang mit dem Tempeldienst, bald in Verbindung mit Kneipen, Bäckereien und Kabaretten. Das frühe Christentum duldete seinem Wesen entsprechend die Prostitution nicht. Die alten Germanen kannten die Prostitution noch nicht; nach fränkischem Gesetz war die Unzucht mit Todesstrafe bedroht. Aber im Laufe der Jahrhunderte verbreitete sich auch in deutschen Landen die Prostitution immer mehr; am Ende des 14. Jahrhunderts hatten selbst kleine Städte[1]) ihr sogenanntes Frauenhaus. Das Dirnentum nahm besonders im Zusammenhang mit dem Badewesen einen großen Aufschwung; dadurch stieg die Ziffer der Geschlechtskranken gewaltig, was zu entsprechenden Abwehrmaßnahmen führte. Es entstanden die mannigfaltigsten Mittel, mit denen man die Prostitution zu unter-

[1]) Es sind z. B. noch heute aus dem Bodenseestädtchen Überlingen mittelalterliche Schriftstücke, die über das dortige Frauenhaus und die sitten- und gesundheitspolizeilichen Zustände jener Zeit unterrichten, vorhanden. Siehe Karl Obser: „Zur Geschichte des Frauenhauses in Überlingen", Zeitschr. f. d. Geschichte d. Oberrheins 1917 N. F. Bd. 31 Heft 4. Besonders beachtenswert ist auch, wie sich Martin Luther 1520 gegen das Bordellwesen ausgesprochen hat: „Sollten aber hier nicht weltliches und christliches Regiment denken, wie man demselben mit solcher heidnischen Weise zuvorkommen kann? Hat das Volk von Israel bestehen können ohne solchen Unfug, wie sollte das Christenvolk nicht auch so viel tun können. Ja, wie halten sich viele Städte, Märkte, Flecken und Dörfer ohne solche Häuser? Warum sollten sich große Städte nicht auch halten?" (Siehe Stubbe: „Luther im Kampf gegen die Unsittlichkeit", Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankh. 1921/22 S. 44 ff.) Die Frage Luthers ist noch heute durchaus berechtigt. Die Großstädte bieten doch so viel des Guten und Schönen, daß man annehmen müßte, hier würde das Gemeine und Häßliche weniger Boden finden als in den kleinen Orten, wo es an Bildung und Geschmack vielfach fehlt. Aber die Wirklichkeit sieht eben oft anders aus, als die Vernunft erwartet.

drücken suchte. Die Behörden wandten strenge Polizeimaßnahmen an; aber nach kurzer Zeit erkannte man ihre Erfolglosigkeit. Nun wurde es mit sozialen Reformen versucht; jedoch auch sie versagten. Es folgte neue, gewaltsame polizeiliche Unterdrückung, die aber wieder nicht für die Dauer wirksam war. Die Prostitution und mit ihr die Ziffer der Geschlechtskranken nahmen einen immer größeren Umfang an, und der Kreislauf der Abwehrmittel begann von neuem.

So ging es durch die Jahrhunderte hindurch. Gegen Ende des 18. Jahrhunderts suchte man, zuerst in Frankreich, im Hinblick auf die Ausdehnung der Geschlechtskrankheiten und in der Erkenntnis, daß die Prostitution doch nicht auszurotten ist, nach einer Gestaltung, bei der die Gesundheitsgefahr möglichst gering ist. So entstand der Gedanke der Reglementierung, der in den meisten europäischen Staaten durchgeführt wurde; den Dirnen wurde das sonst verbotene Gewerbe der Unzucht erlaubt, wenn sie sich der polizeilichen Aufsicht unterstellen.

Gegen die Reglementierung, deren hygienischer Wert noch unten zu erörtern ist, richtete sich die Ende der 70er Jahre des 19. Jahrhunderts in England von Josephine Buttler ins Leben gerufene Bewegung des Abolitionismus, die auch seit Ende der 90er Jahre in Deutschland Anhänger besitzt.

Das Zustandekommen einer ausgedehnten Prostitution hängt von zwei Bedingungen ab: Es muß viele Männer geben, die nach außerehelichem Verkehr Verlangen haben, und es müssen sich viele weibliche Personen finden, die diese Wünsche befriedigen wollen. Welches sind nun die Ursachen einerseits für die in so großem Umfange erfolgende Nachfrage, die im Gegensatz zur Sittlichkeit und besonders zur ehelichen Treue steht, und andererseits für das mit so vielen Gefahren und Demütigungen verbundene Angebot?

Zunächst ist zu betonen, daß, wie Grotjahn in seiner Reichstagsrede vom 16. Juli 1923 dargelegt hat, „es in Deutschland nicht weniger als 8 Millionen geschlechtsreife männliche Individuen gibt, die nicht verheiratet sind".

Angesichts dieser Tatsache kann nicht erwartet werden, daß der Forderung der Enthaltsamkeit immer und von allen entsprochen wird. Dazu kommt, daß auch ein großer Teil der verheirateten Männer ein Bedürfnis nach außerehelichem Geschlechtsverkehr empfindet und es zu befriedigen sucht. Der Freiburger Dermatologe Rost, der sich mit der Psychologie der Ehe befaßt hat, äußerte sich: „Die polygame Veranlagung des Mannes ist vorhanden, und mag sie auch von kirchlicher oder anderer Seite bestritten werden, wir Ärzte kennen sie. Sie ist nicht wegzuleugnen. Ich kann mich nicht zu der Ansicht bekehren, daß sie irgendwie das Produkt einer Erziehung sei, sondern ich glaube, es handelt sich hier um Anlagen, die durch Vererbung überkommen sind, deren Ausmerzung aus der menschlichen Gesellschaft zwar erstrebenswert, aber nicht so ohne weiteres möglich sein wird." Es würde zu weit führen, wollten wir hier eingehender untersuchen, warum so viele geschlechtsreife Männer unverheiratet sind, und warum sich bei so vielen Ehemännern der Trieb nach Abwechslung geltend macht. Aber es sei doch darauf hingedeutet, daß, wenn die äußeren, insbesondere die wirtschaftlichen Verhältnisse die allgemeine Frühehe erlauben würden, und wenn die Mütter ihre Söhne schon in den Knabenjahren zu strenger Sittlichkeit und Reinheit erziehen würden, die eine Ursache für das Zustandekommen der Prostitution wesentlich an Umfang verlieren würde. Das Ziel ist nicht unerreichbar. Denn geschlechtliche Enthaltsamkeit hat keine gesundheitlichen Nachteile zur Folge, und der bei vielen Männern vorhandene polygame Trieb kann, wie auch

andere unsoziale Triebe, bei entsprechender Erziehung und Lebensführung fast stets unterdrückt werden.

Daß so viele weibliche Personen es nicht für menschenunwürdig erachten, als Huren zu leben, hat mannigfaltige Ursachen. Diese liegen teils in der ererbten Veranlagung, teils in der kulturellen (sozialen) Umwelt.

Der Irrenarzt K. Schneider hat die Persönlichkeit bei 70 eingeschriebenen Prostituierten genau erforscht; er hat unter ihnen 38 mehr oder minder Schwachsinnige gefunden. Grotjahn[1]) meint, daß mindestens ein Drittel, wahrscheinlich aber die Hälfte der Dirnen einer psychopathischen Minderwertigkeit ihre Neigungen verdankt und deshalb nicht als voll zurechnungsfähig angesehen werden kann. Wenn auch gewiß viele Prostituierte erst infolge ihres Hurenlebens geistig minderwertig werden, so läßt sich doch nicht in Abrede stellen, daß es sich bei vielen anderen um „geborene“ Dirnen, bei denen die ererbte Anlage die Hauptursache für den eingeschlagenen Lebenswandel spielt, handelt.

Den bei weitem größten Einfluß üben aber die kulturellen Zustände aus, und hierbei spielen nun die wirtschaftlichen Verhältnisse eine große Rolle. Die überfüllten Wohnungen, das Schlafstellenwesen, die mangelhafte Beaufsichtigung und Erziehung der Kinder, das schlechte Beispiel und vor allem die oft ganz unzureichenden Arbeiterinnenlöhne wirken hierbei verhängnisvoll. K. Kautsky führte 1902 an, daß ein Unternehmer es gewagt hat, seine Arbeiterinnen zur Ergänzung der niederen Löhne auf die Prostitution zu verweisen. Es mag sich hier um einen widerlichen Einzelfall handeln; aber geleugnet kann nicht werden, daß viele weibliche Personen aus bitterster Not heraus zur Prostitution gedrängt wurden. Wie wäre es sonst möglich, daß nach den Angaben des Münchener Jugendstaatsanwaltes Rupprecht jugendliche Mädchen für einen Hurenlohn von 50 oder gar nur 25 Pf. sich der gerichtlichen Bestrafung und Ansteckung aussetzen. Beachtenswert ist auch, daß während des Krieges, wie A. Schreiber-Krieger[2]) mitteilte, viele eingeschriebene Dirnen in die Kriegsindustrie abwanderten, weil sie dort einen ausreichenden Lebensunterhalt fanden.

Aber neben den genannten wirtschaftlichen Mißständen, denen sich noch Alkoholismus, Großstadtunwesen usw. angliedern, macht sich als Ursache für die Ausdehnung der Prostitution der Mangel einer sittlich-religiösen Erziehung geltend. Entnimmt man doch aus mehreren Berichten, daß viele Prostituierte schon vor dem 16., manche sogar schon im 8. Lebensjahr — teils durch eigenen Leichtsinn, teils durch gewalttätigen Mißbrauch — ihre geschlechtliche Unschuld verloren haben. Und es gibt zahlreiche weibliche Personen, die sich nicht schämen, ihren Körper feilzubieten, nur um mühelos ein glitzerndes Dasein zu führen.

* * *

Mannigfaltige Mittel müssen angewandt werden, um die Geschlechtskrankheiten wirkungsvoll zu bekämpfen.

Zunächst ist eine ausgedehnte und gründliche sexuelle Belehrung der jugendlichen Personen, sobald sie dazu reif geworden sind, erforderlich. Vorarbeiten hierfür liegen von mehreren Seiten[3]) vor. Es muß jedoch betont werden, daß mit der Aufklärung eine

[1]) Siehe Stenogr. Bericht d. Reichstagssitzung vom 13. Juni 1923.

[2]) Siehe Stenogr. Bericht d. Reichstagssitzung vom 16. Juni 1923.

[3]) Siehe: „Sexualpädagogischer Kursus im Zentralinstitut für Erziehung und Unterricht im Oktober 1919“, Mitteil. d. Deutsch. Gesellsch. z. Bek. d. Geschlechtskrankheiten 1920 Nr. 1 u. 2. Ferner: „Ein sexualpädagogischer Lehrgang“, herausg. v. d. Ortsgruppe Ulm d. Deutsch. Ges. z. Bek. d. Geschlechtskrankh., Berlin 1922 (?).

sittlich-religiöse Erziehung Hand in Hand gehen muß. Denn das Wissen ist hier ein viel schwächeres Schutzmittel als die religiöse und soziale Gesinnung, die einen allen Verlockungen gegenüber unbeugsamen Willen erzeugt. Ärzte und Seelsorger müssen daher vereint dem gleichen Ziele zustreben. Dürfte man hoffen, daß durch Bildung und Erziehung alle Menschen sittlich rein werden, so bräuchten keine sonstigen Mittel gegen die Geschlechtskrankheiten angewandt werden. Die Kranken würden geheilt werden oder aussterben; neue Erkrankungen würde es nicht geben.

Aber solche Erfolge sind für absehbare Zeiten nicht zu erwarten. Wir müssen damit rechnen, daß auch in der nächsten Zukunft der außereheliche Geschlechtsverkehr nicht fehlen wird. Der gewissenhafte Sozialhygieniker steht hier vor einer äußerst schwierigen Frage: Soll er für die Krankheitsverhütung bei dem außerehelichen Geschlechtsverkehr eintreten, oder soll er nur fordern, daß ein solcher Verkehr, der unsittlich und trotz aller anwendbaren Schutzmaßnahmen hygienisch gefährlich ist, verboten wird. Ich las kürzlich einmal das Wort: „Ja und Nein ist eine schlechte Theologie." Und so möchte ich sagen: Den außerehelichen Beischlaf aus gesundheitlichen Gründen zu verwerfen und doch für seine Sanierung eintreten, ist eine schlechte Hygiene. Aber unter den gegebenen Zuständen gibt es leider keine andere als diese schlechte Hygiene. In der langen Zeit, die verstreichen wird, bis die Menschen auf der von uns gewünschten sittlichen Höhe stehen, dürfen wir die Geschlechtskrankheiten sich nicht selbst überlassen; „laisser aller" hieße hier „laisser souffrir, laisser mourir". Damit können Ärzte und Hygieniker nicht einverstanden sein; denn es ist ihre Lebensaufgabe, Krankheiten, wo immer sich Gelegenheit bietet, zu verhüten.

Da neue venerische Infektionen stets nur von Erkrankten ausgehen, so muß zunächst dafür gesorgt sein, daß die Kranken geheilt werden, und daß ihnen, solange sie nicht von einem Arzt als genesen bezeichnet werden, der Beischlaf bei Strafe verboten wird. Notwendig ist mithin, daß die Geschlechtskranken sich behandeln lassen müssen, und zwar von einem Arzt, nicht etwa von einem Kurpfuscher. Es ist ja bekannt, daß gerade auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten, wo die Unwissenheit und die Scheu des Kranken eine so große Rolle spielen, die Kurpfuscherei einen besonders günstigen Boden findet. Hierdurch wird aber oft die beste Zeit für eine erfolgreiche ärztliche Behandlung verabsäumt. Des weiteren müssen Beratungsstellen[1]) geschaffen werden, welche, soweit erforderlich, insbesondere für ärztliche Behandlung und Beratung sorgen und die Kranken dazu ermahnen, sich so lange behandeln zu lassen, bis die Heilung erzielt ist.

Solche Forderungen können nur verwirklicht werden, wenn ein entsprechendes Gesetz vorliegt. Nach jahrelangen Beratungen vieler Körperschaften, insbesondere der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten unter Führung von Blaschko, legte am 9. Februar 1922 die Reichsregierung dem Reichstag den Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (Reichstagsdrucksache Nr. 3523)

[1]) Das Reichsversicherungsamt hat in einem am 6. August 1917 sämtlichen Landesversicherungsanstalten übermittelten Runderlaß die Einrichtung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke angeregt. Wie in den „Amtl. Nachr. d. Reichsversicherungsamts" vom 15. März 1924 mitgeteilt wird, betrug Ende 1922 die Zahl der von den Trägern der Invalidenversicherung errichteten oder unterstützten Beratungsstellen 188. Die Zahl der bei den Beratungsstellen gemeldeten Personen belief sich 1922 auf 106763 (1921: 118982), die Zahl der Beratungen auf 200212 (1921: 207035). Im Jahre 1922 wurden 77307 Personen als geschlechtskrank ermittelt. Im Jahre 1922 war die Ziffer der Selbstmeldungen 26981 (1921: 37546), der Meldungen der Ärzte 30852 (1921: 31122), der Meldungen der Krankenkassen 22355 (1921: 23035). In Beobachtung standen 149593 Kranke Ende 1922 gegen 129295 im Jahre 1921.

vor. Die Vorlage enthielt 16 Paragraphen. Wir führen hier von den wichtigsten Vorschriften den Wortlaut an, und zwar gleich in der vom Ausschuß (siehe Drucksache 5801) einstimmig beschlossenen Fassung.

„§ 2. Wer an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, hat die Pflicht, sich von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzt behandeln zu lassen ....

§ 3. .... Personen, die geschlechtskrank und verdächtig sind, die Geschlechtskrankheit weiter zu verbreiten, können einem Heilverfahren unterworfen, auch in ein Krankenhaus verwiesen werden, wenn dies zur Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

§ 4. Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, wird mit Gefängnis bis zu 3 Jahren bestraft, sofern nicht nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches eine härtere Strafe verwirkt ist ....

§ 5. Wer weiß, oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und trotzdem eine Ehe eingeht, ohne dem anderen Teil vor Eingehung der Ehe über seine Krankheit Mitteilung gemacht zu haben, wird mit Gefängnis bestraft. Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

§ 6. Die Behandlung von Geschlechtskrankheiten und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane ist nur den für das Deutsche Reich approbierten Ärzten gestattet. Fernbehandlung ist verboten ....

§ 8. Wer eine Person, die an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet, ärztlich behandelt, hat der im § 14 bezeichneten Beratungsstelle Anzeige zu erstatten, wenn der Kranke sich der ärztlichen Behandlung oder Beobachtung entzieht, oder wenn er andere infolge seines Berufs oder seiner persönlichen Verhältnisse besonders gefährdet ....

§ 14. Jm ganzen Reichsgebiete müssen öffentliche Beratungsstellen für Geschlechtskranke in ausreichender Anzahl vorhanden sein ....“

Die §§ 13 und 13a des Entwurfes befassen sich mit der Regelung der Prostitutionsfrage. Bevor wir uns diesen geplanten Vorschriften zuwenden, müssen wir kurz die gegenwärtig geltenden Bestimmungen erörtern. Es handelt sich hierbei vor allem um die §§ 361 Abs. 6 und 180 des Strafgesetzbuches.

Nach § 361 Abs. 6 des aus dem Jahre 1901 stammenden Gesetzes wird eine Weibsperson, welche, ohne einer polizeilichen Aufsicht unterstellt zu sein, gewerbsmäßig Unzucht treibt, mit Haft bestraft, wenn sie den in dieser Hinsicht zur Sicherung der Gesundheit, der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes erlassenen polizeilichen Vorschriften zuwiderhandelt.

Die gewerbsmäßige Unzucht wird also grundsätzlich als ein Vergehen angesehen, das der Staat bestraft. Die Prostituierte bleibt jedoch straffrei, wenn sie in eine von der Polizei geführte Liste eingeschrieben ist. Dann wird aber das gesamte Verhalten der Dirne, soweit die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und des öffentlichen Anstandes in Frage kommt, überwacht, und eine regelmäßige amtsärztliche Zwangsuntersuchung erfolgt, was im Erkrankungsfalle zu einer Zwangsbehandlung in einer Krankenanstalt führt. Auf Grund dieser polizeilichen Reglementierung, die in den einzelnen deutschen Staaten und Gemeinden sehr verschiedenartig gestaltet ist, durften in manchen Städten, z. B. Hamburg, die Prostituierten ihr Gewerbe nur in Bordellen ausüben; in anderen Städten wendet man das System der Kasernierung an, wobei die Dirnen in bestimmten, für sie vorbehaltenen Häusern jeweils als Einzelmieterinnen wohnen, wieder in anderen Städten ist das Freiwohnen gestattet.

Nach § 180 des StGB. wird nun aber wegen Kuppelei mit Gefängnis bestraft, wer gewohnheitsmäßig oder aus Eigennutz durch seine Vermittlung oder Gewährung oder Verschaffung von Gelegenheit der Unzucht Vorschub leistet; und nach wiederholten Reichsgerichtsentscheidungen wird die Vermietung eines Zimmers an eine Dirne als Kuppelei angesehen. Man erkennt sogleich, daß zwischen dem § 180 und § 361 Abs. 6 ein unüberbrückbarer Widerspruch besteht. Denn wenn die Dirne unter bestimmten Voraussetzungen ihr Gewerbe ausüben darf, so muß sie doch irgendwo wohnen können. Es hängt mithin lediglich von der Willkür der Polizei ab, wo und wann sie einen Verstoß gegen den § 180 erblickt. Vielfach wird das Vermieten an Dirnen stillschweigend geduldet und in anderen ganz gleichen Fällen erfolgt ein gerichtliches Verfahren. Die öffentliche Moral wird aber geradezu erschüttert, wenn eine arme Vermieterin, die an eine Dirne ein Zimmer abgibt, bestraft wird, während der Bordellbesitzer, der nicht eine sondern zahlreiche Prostituierte beherbergt und durch ihre Ausbeutung reich wird, straflos bleibt.

Zu den mit der Frage der Wohnungskuppelei zusammenhängenden, gegen die jetzt geltende Gesetzgebung erhobenen Einwänden treten noch viele andere. Vor allem wird es, namentlich von seiten der Frauenbewegung aus, als „doppelte Moral“ bezeichnet, daß die die Unzucht betreibenden weiblichen Personen bestraft werden, bezw. sich ärztlich untersuchen lassen müssen, während die an dem Geschlechtsverkehr beteiligten Männer ganz unbehelligt bleiben.

Des weiteren wird auf die beschämenden Mißstände des von den Behörden geduldeten, ja sogar empfohlenen Bordellwesens hingewiesen. Die Bordelle stehen in engster Fühlung mit dem Mädchenhandel. Durch die Bordelle wird erst eine besonders für Jugendliche leicht erreichbare Gelegenheit zum Geschlechtsverkehr geschaffen, von der viele, namentlich unter dem Einflusse des Alkohols, Gebrauch machen, während ohne diese Freudenhäuser die Verführung unterblieben wäre. Andererseits ist das Freiwohnen der Dirnen, die sich insbesondere vor polizeilichen, bisweilen in der Tat willkürlichen und unangebrachten Maßnahmen zu schützen suchen, oft mit dem Zuhälterwesen verbunden. Angeführt wurde ferner, wie verhängnisvoll es wirkt, wenn Dirnen in Familien oder Häusern wohnen, in denen sich unerwachsene Kinder befinden, da diese dann täglich das schlechte Beispiel vor Augen haben. Bordelle und Kasernierung dagegen haben zur Folge, daß die Unzucht von den Familien und von den Verkehrsstraßen ferngehalten wird, wenngleich die in der Gegend dieser Freudenhäuser lebende Bevölkerung begreiflicherweise solche Nachbarn beseitigt wissen will. Am wenigsten Einspruch wird noch gegen die Kasernierung erhoben, ja, dies System wird als das kleinere Übel bezeichnet und von Hygienikern und Ärzten, z. B. von Tjaden und Rost, wegen der erreichbaren hygienischen Vorteile allen anderen Maßnahmen vorgezogen. Manche Gegner der jetzigen Gesetzgebung gehen so weit, zu fordern, daß der Staat die Unzucht unter allen Umständen bestrafen müsse und sie in keiner Weise dulden oder gar beschützen dürfe. Andere wieder meinen, daß die Reglementierung zwecklos ist, da nur ein geringer Teil der Prostituierten von der Polizei erfaßt werden kann, und daß man es den Unzucht treibenden Personen, sobald sie einmal unter polizeiliche Aufsicht gestellt wurden, schwer, ja sogar unmöglich macht, selbst wenn sie es wollen, wieder aus dem unsittlichen Lebenswandel herauszukommen.

Vor allem aber sind gegen die jetzt geltende Gesetzgebung vom Standpunkt der Hygiene aus schwerwiegende Bedenken geäußert worden. Zunächst wurde hervorgehoben, daß die polizeiärztlichen Untersuchungen bei vielen Männern die irrige Ansicht erzeugen, als ob von den Dirnen, bei denen keine Erkrankung festgestellt wurde, eine Ansteckungsgefahr nicht ausgeht. Eine solche Gewähr konnte durch eine ärztliche Untersuchung, zumal sie bisweilen mehrere Tage lang zurückliegt, niemals geleistet werden. Dazu kommt die Erkenntnis, daß der Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten, wie der gegen die sonstigen Infektionskrankheiten, sich, neben der Rücksichtnahme auf die für das Zustandekommen der jeweiligen Seuche maßgebenden Umwelteinflüsse, vor allem auf die frühzeitige Feststellung der Erkrankten stützen muß. Es gilt also, wie oben dargelegt wurde, tunlichst alle Geschlechtskranken als solche möglichst bald zu erkennen. Hierbei erweist sich aber die polizeiliche Reglementierung, die das Heer der geheimen Prostituierten doch nicht erfassen kann, als ziemlich zwecklos, ja sogar als hinderlich; denn viele von den geheimen Dirnen würden sich der rechtzeitigen ärztlichen Behandlung unterziehen, wenn sie nicht befürchten müßten, unter die lästige Polizeiaufsicht zu geraten.

Die angeführten und andere Einwände gegen die zurzeit geltenden Vorschriften veranlaßten, daß die gesetzgebenden Körperschaften, namentlich seitdem infolge der Kriegsverhältnisse die Zahl der Geschlechtskranken stark zunahm, die Frage der Reglementierung aufs neue eingehend prüften.

Als Ergebnis der langjährigen Beratungen sind die Vorschriften, die der § 13 des oben erwähnten Gesetzentwurfes enthält, zu betrachten. Wir reihen hier den Wortlaut des § 13 sowie des hinzugefügten § 13a in der Gestalt, die der Ausschuß gewünscht hat, an.

Nach § 13 des Entwurfs soll das Strafgesetzbuch hauptsächlich folgendermaßen geändert werden:
„§ 180 erhält folgenden zweiten und dritten Absatz:

Als Kuppelei gilt insbesondere die Unterhaltung von Bordellen oder bordellartigen Betrieben.

Das Gewähren von Wohnung an Personen, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, wird auf Grund des Abs. 1 nur dann bestraft, wenn damit ein Ausbeuten der Person, der die Wohnung gewährt ist, oder ein Anwerben oder ein Anhalten dieser Person zur Unzucht verbunden ist.

§ 361 Nr. 6 des Reichsstrafgesetzbuchs erhält folgende Fassung:

(Mit Haft wird bestraft,) wer öffentlich zur Unzucht auffordert oder sich in einer Sitte und Anstand verletzenden oder anderen belästigenden Weise dazu anbietet.

§ 361 erhält folgende Nr. 6a:

6a. (Mit Haft wird bestraft,) wer gewohnheitsmäßig zum Zwecke des Erwerbes die Unzucht ausübt

a) in der Nähe von Kirchen, Schulen oder anderen zum Besuch durch Kinder oder Jugendliche bestimmten Örtlichkeiten,
b) in einer Wohnung, in der jugendliche Personen zwischen vier und achtzehn Jahren wohnen,
c) in einer Gemeinde mit weniger als zehntausend Einwohnern, für welche die oberste Landesbehörde zum Schutze der Jugend oder des öffentlichen Anstandes eine entsprechende Anordnung getroffen hat."

Nach § 13a sollen Wohnungsbeschränkungen auf bestimmte Straßen wegen gewerbsmäßiger Unzucht (Kasernierungen) verboten sein.

Vergleicht man den Inhalt der §§ 13 und 13a mit unseren obigen Darlegungen, so findet man folgende Neuerungen: Die Prostitution soll grundsätzlich straffrei sein; nur soweit sie Sitte und Anstand verletzt oder andere belästigt, droht eine Strafe. Verlangt wird auch, daß sich die Dirnen nicht dort aufhalten, wo sie Kindern und Jugendlichen ein schlechtes Beispiel geben, und daß sie sich von den Gemeinden mit weniger als 10000 Einwohnern fernhalten. Der Begriff der Wohnungskuppelei ist (von bestimmten Besonderheiten abgesehen) beseitigt; jede Wohnungsbeschränkung (Kasernierung) ist verboten, und die Unterhaltung von Bordellen oder ähnlichen Betrieben wird bestraft.

Zu betonen ist noch, daß auf den bisherigen, mit polizeilichen Mitteln angestrebten Schutz verzichtet wurde; an seine Stelle treten die Beratungsstellen für Geschlechtskranke sowie die Gesundheitsbehörden, Pflegeämter und andere für die Durchführung sozialfürsorgerischer Maßnahmen zuständige Einrichtungen.

In der Reichstagssitzung vom 16. Juni 1923 fand eine sehr beachtenswerte Aussprache über die geplanten Vorschriften statt. Eine deutschnationale Rednerin lehnte die vorgeschlagene Neugestaltung ab und verlangte, daß der Staat die Unzucht unter allen Umständen bestrafe; man erlaube ja auch den Dieben nicht, an manchen Orten zu stehlen, und der Dieb nimmt nur etwas, was wir vielleicht wieder ersetzen können, während hier viel mehr auf dem Spiele steht. Eine sozialdemokratische Rednerin bemängelte, daß die Reglementierung noch nicht ganz ausgeschaltet zu sein scheine; sie befürchtete, daß es doch wieder zu Listen und zur Kontrolle, die man eben erst beseitigen will, kommen könnte.

Der ganze Gesetzentwurf und insbesondere die angeführten Paragraphen mit dem oben angegebenen Wortlaut wurden in der Reichstagssitzung vom 18. Juni 1923 angenommen; jedoch in dem § 6 wurden die Worte „und Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane" in der dritten Lesung gestrichen. Durch diese Änderung ist den Kurpfuschern wieder die Möglichkeit gegeben worden, Geschlechtskrankheiten, die sie für „Krankheiten oder Leiden der Geschlechtsorgane" halten, zu behandeln. Der Reichsrat hat hiergegen Einspruch erhoben. Der Entwurf des Gesetzes, das bereits am 1. Oktober 1923 in Kraft treten sollte, muß nun erst noch einmal dem Reichstag zugehen, was bis jetzt (Oktober 1924) nicht geschehen ist.

Bemerkt sei noch, daß sich der Deutsche Verein[1]) für öffentliche Gesundheitspflege am 24. Mai 1924 mit dem Gesetzentwurf, wie er vom Reichstag angenommen wurde, befaßt hat; in der Aussprache hat der Leiter des Kölner Gesundheitswesens Krautwig betont, daß die Kasernierung mehr Vorteile als Nachteile bietet, und der Bremer Hygieniker Tjaden führte aus, es bestehe, wenn man die Bordelle kategorisch verbietet, die Gefahr, daß es damit ebenso gehen werde, wie seither mit dem Verbot, an Prostituierte Zimmer zu vermieten, da die Verhältnisse stärker sind als die Bestimmungen, was besonders für Hafenstädte gelte.

Daß die in dem vom Reichstag angenommenen Gesetzentwurf enthaltenen Bestimmungen, namentlich über die Behandlungspflicht, die Beratungsstellen und die Regelung der Prostitution, manchen Fortschritt besonders hinsichtlich der Beseitigung der „doppelten" Moral und der Bordelle sowie hinsichtlich des Gesundheitsschutzes im allgemeinen zeitigen würden, ist nicht in Abrede zu stellen. Aber andererseits ist der Zweifel, ob das allgemeine, die Besonderheiten einzelner Gegenden unberücksichtigt lassende Verbot der Kasernierung (im Sinne des Bremer Systems) nicht eher nachteilig wirken wird, vorläufig nicht zu beseitigen.

Ob das geplante Gesetz die erhofften Erfolge bringen wird, ist eine Frage, die erst einige Jahre nach dem Inkrafttreten der neuen Vorschriften beantwortet werden kann.

Literatur: *1.* ***S. Bettmann:*** *„Geschlechtsleben und Hygiene", Abhandl. i. Handb. d. Hyg., herausg. v. Rubner, Gruber u. Ficker, Bd. 4 Abt. 3, Leipzig 1923. — 2.* ***A. Blaschko:*** *„Hygiene der Geschlechtskrankheiten", Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl. Bd. 8 Abt. 2, Leipzig 1920. — 3.* ***A. Busch:*** *„Geschlechtskrankheiten in deutschen Großstädten auf Grund einer Erhebung des Verbandes deutscher Städtestatistiker", Breslau 1918. — 4.* ***Christian*** *und* ***Mahling:*** *„Prostitution", Art. i. Handw. d. Wohlfahrtspfl., herausg. v. O. Karstedt, Berlin 1924. — 5.* ***A. Elster:*** *„Sozialbiologie", Berlin 1923. — 6.* ***Galewsky*** *und* ***Woithe:*** *„Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung", 2. Aufl., Dresden 1920. — 7.* ***O. Gans:*** *„Venerische Infektionen im Kriege und im Frieden", Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankh. 1919/20 Nr. 9 u. 10. — 8.* ***A. Guttstadt:*** *„Die Verbreitung der venerischen Krankheiten in Preußen", Zeitschr. d. Preuß. Stat. Büros, Ergänzungsheft 20, Berlin 1901. — 9.* ***H. Haustein:*** *a) „Lex veneris in Schweden und ihre Wirksamkeit", Zeitschr. f. soz. Hyg. 1921, März, Mai, Juli; b) „Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in Norwegen mit besonderer Berücksichtigung Kristianias", Zeitschr. f. Bek. d. Geschlechtskrankh. 1921/22 S. 213 ff. — 10.* ***Jadassohn:*** *„Die gesetzliche Regelung der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten", Vortrag, gehalten a. d. 45. Jahresvers. d. Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspfl., nebst dazugehöriger Aussprache, Deutsch. Zeitschr. f. öff. Gesundheitspfl. 1924 Heft 1 u. 2. — 11.* ***Kautsky:*** *„Das Erfurter Programm", Stuttgart 1902. — 12.* ***Ph. Kuhn:*** *siehe unten Ziffer 20. — 13.* ***E. Meirowsky:*** *„Geschlechtsleben der Jugend, Schule und Elternhaus", 7. Aufl., Flugschr. d. Deutsch Gesellsch. z. Bek. d. Geschlechtskrankh. Heft 12, Leipzig 1920 (?). — 14.* ***A. Neisser:*** *„Die Geschlechtskrankheiten und ihre Bekämpfung", Berlin 1916. — 15.* ***A. Pappritz:*** *„Einführung in das Studium der Prostitutionsfrage", Leipzig 1919. — 16.* ***M. Quarck:*** *„Gegen Prostitution und Geschlechtskrankheiten", Berlin 1921. — 17.* ***Rost:*** *„Die Bekämpfung der Prostitution", Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 3. — 18.* ***Rupprecht:*** *„Die Prostitution jugendlicher Mädchen in München", Münch. med. Wochenschr. 1913 Nr. 1. — 19.* ***K. Schneider:*** *„Studien über Persönlichkeit und Schicksal eingeschriebener Prostituierter", Berlin 1921. — 20.* ***K. Sudhoff, L. v. Wiese, Ph. Kuhn:*** *„Prostitution", Art. i. Handw. d. Sexualwissensch., herausg. v. M. Marcuse, Bonn 1923. — 21.* ***Tjaden:*** *„Geschlechtskrankheiten u. Prostitution in Bremen u. ihre Bekämpfung", Bremen 1922. — 22.* ***L. v. Wiese:*** *siehe Ziffer 20.*

5. Alkoholismus.

Im Gegensatz zu den von uns erörterten akuten und chronischen Infektionskrankheiten ist der Alkoholismus eine Seuche, die auf einer Intoxikation beruht. Es handelt

[1]) Siehe den Bericht über die 45. Versamml. d. D. V. f. ö. G. in der Deutsch. Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1924 Heft 1 u. 2.

sich aber hierbei nicht, wie bei den im Abschnitt „Arbeiter" angeführten Phosphor-Quecksilber- und Bleivergiftungen, um eine Gewerbekrankheit, die man durch geeignete Arbeiterschutzmaßnahmen zu beseitigen oder eng zu begrenzen vermocht hat, sondern um eine in allen Volkskreisen, bei Hoch und Niedrig, bei Reichen und Armen sich zeigende Intoxikation, auf deren Verbreitung die mannigfaltigsten Einflüsse einwirken.

In diesem Abschnitt soll nun dargelegt werden, in welcher Weise sich insbesondere die kulturellen Einflüsse bei dem Alkoholismus geltend machen. Wir müssen jedoch zuvor das Wesen dieser Volksseuche und ihre Ausdehnung näher betrachten. Hierbei werden wir, getreu unseren Grundsätzen (siehe die Darlegungen S. 95, 123 und 210), wieder beachten müssen, daß man bei der wissenschaftlichen Arbeit anders wie in Reklameschriften vorzugehen hat, und wir werden scharf zu unterscheiden haben zwischen Tatsachen und unbewiesenen Behauptungen, die von Fanatikern, wenn auch in edler Absicht, bei der Propaganda vorgetragen werden. Schon jetzt kann betont werden, daß man es im Hinblick auf die Ausdehnung und Schwere der in Rede stehenden Seuche gar nicht nötig hat, im Kampfe gegen den Alkoholismus zu Übertreibungen zu greifen.

Unter Alkoholismus versteht die medizinische Wissenschaft und auch die amtliche Statistik gewisse, durch den Alkohol erzeugte Krankheitszustände. Die strengen Alkoholgegner bezeichnen aber jeden Alkoholgenuß als Alkoholismus. Hier liegt ein offenbarer Irrtum vor, der an die Lehren der orthodoxen Bakteriologie erinnert; so wenig jede Invasion von pathogenen Bakterien eine Infektion verursacht, so wenig führt jeder Alkoholgenuß zu einer Intoxikation, d. h. zu einer der krankhaften Organveränderungen, die man unter dem Namen „Alkoholismus" zusammenfaßt. Wie bei den Infektionen, so hängt auch bei der Zufuhr von Alkohol das Zustandekommen der Krankheit von der individuellen Widerstandskraft ab. Der Alkoholgenuß ist mithin nicht immer gesundheitsschädlich.

Für die alkoholischen Getränke gilt, was Pettenkofer (siehe S. 100) allgemein über Genußmittel gesagt hat, daß sie nämlich als Menschenfreunde zu bezeichnen sind, wenn man sie derart anwendet, daß sie nicht schaden. Will man Schaden verhüten, so sind ganz besonders dem Alkohol gegenüber manche Vorsichtsmaßnahmen streng zu befolgen. Unerwachsene[1]) sollen überhaupt keine alkoholischen Getränke erhalten. Auch die Erwachsenen sollen keinen Branntwein[1]) trinken. Bier und Wein sollen bei jeder Arbeit[1]) vollkommen gemieden werden; man darf diese beiden Getränke nur gelegentlich[1]), höchstens an Sonn- und Feiertagen, und auch da nur in so geringen Mengen genießen, daß keine Berauschung[2]) eintritt. Wer seine Widerstandskraft so wenig zu beurteilen vermag, daß er die unter allen Umständen gering zu bemessende Alkoholmenge überschreitet, der soll diesen Genuß ganz meiden, genau wie bei anderen Genußmitteln

[1]) Für Unerwachsene, die noch nicht die volle Widerstandskraft besitzen, können schon kleine Alkoholmengen schädlich sein. Der Branntweingenuß ist erfahrungsgemäß am gefährlichsten, namentlich weil hier nur zu oft Gewöhnung erfolgt. Schon kleine Alkoholmengen können, wenn sie bei der Arbeit aufgenommen werden, die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen. Jeder Genuß, von welcher Art nur immer, verliert seinen Wert, wenn er zu oft gewährt wird; der zu häufige (tägliche) Alkoholgenuß ist gefährlich, weil er Gewöhnung erzeugt.

[2]) Die strengen Alkoholgegner meinen, der mäßige Alkoholgenuß habe ja gar keinen Zweck, da er keinen Rausch erzeugt; man trinkt, um sich zu berauschen. Diese Ansicht ist irrig. Es gibt wohl seelisch geknickte Menschen, die sich durch einen Rausch für einige Zeit über ihre Sorgen hinwegbringen wollen. Aber die große Masse der Alkoholverbraucher sucht keinen Rausch, sondern freut sich über Wein oder Bier ganz in derselben Weise wie über Obst, Schokolade, Kuchen oder sonstige Lieblingsspeisen, die man ihres Geschmacks wegen zu sich nimmt.

und Vergnügungen (Sport, Tanz), bei denen jedes Übermaß körperlichen Schaden verursacht. Ganz besonders sind auch die wirtschaftlichen Verhältnisse zu berücksichtigen; zunächst muß für das gesundheitlich Notwendige gesorgt sein, dann erst darf man an das Angenehme denken. Andererseits ist es wünschenswert, ja erforderlich für das Gemütsleben, die Lebens- und Arbeitsfreude, daß den Menschen von Zeit zu Zeit Genußmittel geboten werden. Wein und Bier sind geeignet, die Wünsche der breitesten Volksschichten zu erfüllen. Dem Geschmack nach gleichwertige, zu jeder Jahreszeit leicht zu erhaltende billige Ersatzmittel gibt es bis jetzt nicht. Gegen einen so mäßigen Genuß alkoholischer Getränke seitens erwachsener Menschen ist vom gesundheitlichen Standpunkte aus nichts einzuwenden. Wem es eine Freude ist, gelegentlich 1—2 Glas Wein oder Bier zu trinken — vorausgesetzt, daß er die Willenskraft besitzt, dies Maß nicht zu überschreiten —, braucht nicht behindert zu werden. Wer gegen seinen Willen unmäßig trinkt, ist krank und bedarf einer entsprechenden Behandlung. Man kann nicht verlangen, daß die Gesunden, welche die überwiegende Mehrzahl darstellen, um der Kranken willen auf Freuden, für die viele nicht leicht einen von ihnen als gleichwertig empfundenen Ersatz finden, verzichten sollen.

Es lassen sich folgende Gruppen nach der Stellung zum Alkohol unterscheiden: 1. Völlig Enthaltsame (Abstinenten), 2. Mäßige, 3. Unmäßige und 4. Trinker.

Die in Deutschland vorläufig nicht sehr zahlreichen Abstinenten[1]) verdienen im allgemeinen gewiß alle Achtung wegen ihrer Entsagung, die sie zumeist durchführen, um anderen ein Beispiel zu bieten; mit dieser ihrer Lebensweise braucht sich der Sozialhygieniker nicht zu befassen. Auch die Mäßigen sind kein Gegenstand einer sozialpathologischen Betrachtung. Von den Abstinenten freilich werden sie besonders scharf unter die Lupe genommen. Ein Abstinent rief mir einmal in einer öffentlichen Versammlung zu: „Wer auch nur ein Glas Bier trinkt, ist ein Säufer.“ Nach Kraut lautet das Motto einer amerikanischen Abstinentenzeitschrift: „Die Mäßigkeit ist der kürzeste Weg zur Trunksucht.“ Nicht nur dies; bekannt ist ja der Ausspruch der Abstinenten: „Die Mäßigen sind die Verführer.“ Richtig ist, daß man kein allgemein gültiges Maß für den Alkoholgenuß angeben kann. Aber man besitzt ja auch bei der Ernährung, beim Fleisch, beim Eiweiß usw. (siehe S. 97 ff.) keine Höchstmaße, die für jedermann zutreffen; bei freier Wahl sucht sich trotzdem die große Mehrheit der Menschen das für sie Richtige ohne weiteres heraus. Auch bei der Ernährung kommen Ausschreitungen, die zu Krankheiten führen, vor; diese Fälle sind freilich verhältnismäßig nicht sehr häufig, und sie sind, was betont werden muß, für ihre Umgebung im allgemeinen nicht gefährlich. Die meisten Menschen, die Alkohol genießen, halten sich in angemessenen Grenzen. Aber die Unmäßigen stellen den wirklichen Zahlen nach eine sehr große Schar dar. Es handelt sich hierbei um Menschen, deren Gesundheit durch den zu reichlichen Alkoholgenuß schon geschädigt oder schwer bedroht ist, die aber noch die Kraft hätten, der Gefahr zu entgehen, die sich noch beherrschen könnten, wenn sie von Ratgebern, denen sie Vertrauen schenken, auf ihren Leichtsinn wirkungsvoll hingewiesen werden, und wenn die Einflüsse ihrer Umwelt sie nicht zum Alkoholgenuß veranlassen. Die Trinker[2]) endlich sind als Geisteskranke zu bezeichnen;

[1]) Manche Abstinenten, namentlich solche, die früher unmäßig getrunken haben, zeigen ein recht pharisäisches Verhalten, das gewöhnlich im Kampfe gegen den Alkoholismus mehr schadet als nützt.

[2]) Orth äußerte sich folgendermaßen: „Wer ist ein Säufer? Vielfach wird der Ausdruck Säufer und Trinker gleichbedeutend gebraucht. Ich folge dem nicht, sondern unterscheide Säufer und Trinker. Säufer ist, wer sich gewohnheitsmäßig berauscht. Trinker ist, hier folge ich Professor

sie trinken, auch wenn sie nicht wollen, sie müssen, weil ihr Wille krank ist. Es gibt Trunksüchtige, welche die Anlage zu ihrer Krankheit ererbt haben; in vielen Fällen entsteht die Trunksucht aber im Anschluß an einen unmäßigen Alkoholgenuß. Anlaß zu einer sozialpathologischen Erörterung bieten mithin die Unmäßigen und die Trinker, bei denen eine Gesundheitsgefahr oder Krankheitszustände infolge von Alkoholmißbrauch vorliegen.

* * *

Die gesundheitlichen Schäden, die der Alkoholmißbrauch verursacht, sind mannigfaltiger Art. Zunächst ist zu betonen, daß er die berufliche Leistungsfähigkeit und Zuverlässigkeit beeinträchtigt. Zahlreiche Unfälle, besonders auch Betriebsunfälle, sind auf den übermäßigen Alkoholgenuß zurückzuführen. Fast alle Organe können durch ihn krankhaft verändert werden, besonders das Herz (Bierherz!), die Leber (Säuferleber!) die Nieren, die Nerven und das Gehirn; zuweilen entstehen auch schwere Störungen des Seelenlebens ohne nachweisbaren körperlichen Befund.

Statistische Angaben, welche über den Einfluß des Alkoholmißbrauches auf die Entstehung von Krankheiten unterrichten, sind zwar zahlreich vorhanden, aber sie sind nicht immer einwandfrei, so daß das ziffernmäßige Bild nicht ganz klar ist. Aus dem großen Zahlenstoff sei hier das Wichtigste und Zuverlässigste angeführt.

Der Alkoholismus als solcher befindet sich zwar weder bei den Krankheits-, noch bei den Invaliditäts-, noch bei den Todesursachen an einem der zwölf vordersten Plätze (siehe die Zeichnungen 22 bis 24 auf S. 348). Aber seinen verheerenden Einfluß auf die Volksgesundheit kann man doch einigermaßen statistisch erfassen.

Den Ergebnissen bei der Ortskrankenkasse Leipzig [1]) ist zu entnehmen, daß die Mitglieder, welche von den Kassenärzten als Potatoren bezeichnet wurden, bei allen Krankheitsarten zusammen durchschnittlich 2,6 mal soviel Krankheitsfälle und Krankheitstage aufwiesen wie die Allgemeinheit der männlichen Alkoholgenießer; auch die Sterblichkeit war bei den Mitgliedern, die Alkoholiker waren, doppelt so groß. Dagegen zeigten die Potatoren günstigere Ziffern bei den Infektionskrankheiten und vor allem bei der Tuberkulose. Aber es ist hierbei zu bedenken, daß die Alkoholiker besonders zahlreich in solchen Berufen vertreten sind, die große Körperkraft verlangen und bei der Tuberkulose niedrige Ziffern aufweisen. Es handelt sich offenbar bei den Potatoren um Männer, die von Hause aus im allgemeinen körperlich gut veranlagt sind.

Im Jahre 1914 hat der Pathologe Orth an dem Untersuchungsstoff der Berliner Charité dargelegt, „daß die sicherste Grundlage für die Beurteilung, die Leichenuntersuchung, den Beweis dafür geliefert hat, daß in der Tat die Alkoholiker der Tuberkulose gegenüber nicht nur nicht schlechter, sondern eher günstiger gestellt sind als die Allgemeinheit". Und 1922 hat Seiffert Beobachtungen aus einer schlesischen Heilanstalt für Alkoholkranke mitgeteilt, welche die Ergebnisse der Ortskrankenkasse Leipzig und die Feststellungen von Orth bestätigen. Es sei aber ausdrücklich bemerkt, daß auch von diesen Forschern keineswegs im Alkoholgenuß ein Schutz gegen die Tuberkulose erblickt wird. Ferner sei darauf hingewiesen, daß nach der englischen Todesursachenstatistik (siehe

Kräpelin in München, jeder, bei dem die Nachwirkung einer Alkoholgabe noch nicht geschwunden ist, wenn die nächste Gabe schon genommen wird. Nicht auf die Größe der Gabe, sondern auf die Wirkung kommt es an."

[1]) Siehe Fußnote 2 S. 301.

Tafel 101 S. 326) die sogenannten Alkoholberufsarten bei allen Krankheitsgruppen und auch bei der Tuberkulose höhere Ziffern darbieten.

Der Alkoholismus spielt in der Statistik der öffentlichen und privaten Anstalten[1]) für Geisteskranke, Epileptiker, Idioten, Schwachsinnige und Nervenkranke eine sehr große Rolle. Der Tafel 116 Seite 407 ist zu entnehmen, daß etwa der achte Teil aller männlichen Insassen dieser Anstalten an Alkoholismus litt; bei den Insassen weiblichen Geschlechts zeigte sich diese Krankheit nur selten. Daß aber der Alkoholmißbrauch nicht nur in der Form, die von den Irrenärzten als Alkoholismus bezeichnet wird, Geistes- und Nervenkrankheiten erzeugt, zeigt unsere Tafel 117 Seite 408. Man sieht, daß bei 238,2 unter je 1000 männlichen Insassen von Anstalten für Geisteskranke usw. Alkoholmißbrauch nachgewiesen wurde; bei den weiblichen Insassen handelte es sich allerdings nur um 32,6 ‰. Besonders zu beachten ist sodann, daß, nach Tafel 117, unter den wegen Alkoholismus aufgenommenen männlichen Kranken 21,07, unter den weiblichen 20,10 % erblich belastet waren.

Erwähnt sei noch, daß, nach Orth, der Alkoholmißbrauch für die Entstehung der (wohl ausnahmslos durch Syphilis erzeugten) Paralyse zwar nicht die früher angenommene Bedeutung hat, daß aber „dem Alkohol wenigstens bei etwa 20 % der Paralytiker eine mitwirkende Rolle zukommt".

Daß der Alkoholmißbrauch mit dem außerehelichen Geschlechtsverkehr und dadurch mit der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten eng zusammenhängt, lehrt die ärztliche Erfahrung in hinreichendem Umfange, wenngleich zahlenmäßige Feststellungen darüber, wie oft der im Übermaß genossene Alkohol als Kuppler wirkte und den Abscheu vor dem Dirnenwesen bei sonst nicht unsittlichen Männern beseitigte, fehlen.

Der Alkoholmißbrauch ist nicht nur für den eigenen Körper der Unmäßigen und Trinker gefährlich, er bedroht auch ihren Nachwuchs[2]) (siehe S. 201). Weygandt hat bereits 1904 es als zweifellos erwiesen bezeichnet, daß mehr als 50 % aller schwachsinnigen Kinder von trunksüchtigen Eltern stammen. Ausführlich hat M. v. Gruber den Einfluß des elterlichen Alkoholmißbrauchs auf den Nachwuchs dargelegt; aus diesen Angaben sei folgendes hervorgehoben:

„Die Schädigung des Nachwuchses erfolgt zum Teil unmittelbar durch die Giftwirkung des Alkohols, zum Teil mittelbar durch die von ihm verursachten Störungen des Familien- und Gesellschaftslebens. Der Alkohol vermag, ebenso wie alle anderen Organe, Gewebe und Zellen auch die Keimdrüsen, die Keimmutterzellen und die Keimzellen vorübergehend oder auf die Dauer zu schädigen. Es ist erwiesen, daß fortgesetzter Alkoholmißbrauch die Bildung lebens- und befruchtungsfähiger Keimzellen vorübergehend oder dauernd zu hindern, das Keimdrüsengewebe selbst zum Schwunde zu bringen imstande ist (Häufigkeit unfruchtbarer Begattungen, mehr oder weniger frühzeitig eintretende vollständige Unfruchtbarkeit, Abnahme der Begattungsfähigkeit der Trinker). Es ist ferner erwiesen, daß unter andauernder Einwirkung des Alkohols auf den Organismus Keimzellen gebildet werden können, welche, ohne ihre Befruchtungsfähigkeit verloren zu haben, krankhaft verändert sind. Es kann sein, daß nur ihre Lebensstärke vermindert ist, so daß die aus ihnen hervorgehenden Nachkommen lebensschwach sind, schon im Mutterleibe, bald nach der Geburt oder im frühen Kindesalter absterben oder zwar weiterleben, sich aber kümmerlich entwickeln. Es kann aber auch sein, daß ihre Qualität verändert ist, so daß die aus ihnen hervorgehenden Nachkommen schon von der Geburt an krankhafte Abweichungen, z. B. Mißbildungen, aufzeigen oder früher oder später während des Extrauterinlebens Krankhaftigkeiten, besonders Nerven- und Geisteskrankheiten,

[1]) Siehe „Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik im Deutschen Reiche für die Jahre 1911 bis 1913 und 1914 bis 1916", Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Reichsgesundheitsamte Bd. 21, Berlin 1920.

[2]) Allerdings entbehrt die Behauptung, die Töchter von Alkoholikern seien stillunfähig, der erforderlichen Unterlagen, wie schon auf S. 224 angeführt wurde.

entwickeln .... Die Alkoholvergiftung der Keimdrüsen und Keimzellen verursacht ohne Zweifel zumeist wieder ausgleichbare, sich nur auf eine oder wenige Generationen erstreckende Schädigung der Entfaltung des unverändert bleibenden Anlagenbestandes des Idioplasmas (Keimplasmas), des Genotypus; somit nur Veränderungen der in die Erscheinung tretenden Beschaffenheit der Nachkommen, ihres Phänotypus; sog. Modifikationen, welche in den folgenden Generationen wieder verschwinden, wenn diese nicht neuerdings der Alkoholvergiftung verfallen .... Kaum minder gefährlich als die unmittelbaren physischen Wirkungen des elterlichen Alkoholmißbrauches sind seine mittelbaren sozialen Wirkungen auf den Nachwuchs ....“

* * *

Wenden wir uns nunmehr den Einflüssen der kulturellen Umwelt auf den Alkoholmißbrauch zu.

Der Alkoholverbrauch eines Volkes hängt zunächst davon ab, in welchen Mengen (und zu welchen Preisen) der Alkohol zur Verfügung steht. Die Alkoholherstellung ist in den einzelnen Staaten je nach den landwirtschaftlichen Erzeugnissen und nach dem Stande der Technik sehr verschiedenartig. In unserer Zeichnung 35, die aus einer Arbeit des holländischen Statistikers Methorst stammt, ist der Alkoholverbrauch, wie er sich, berechnet auf den Kopf[1]) der Bevölkerung, in acht europäischen Staaten während der Zeit von 1885 bis 1909 gestaltet hat, veranschaulicht. Deutschland steht unter diesen Staaten nach den Niederlanden am günstigsten da, wenn man den Gesamtalkoholverbrauch ins Auge faßt. Dies Ergebnis beruht im wesentlichen darauf, daß Deutschland im Verhältnis zu Italien und Frankreich wenig Weinbau besitzt. Zieht man nur den Verbrauch von Bier bezw. Branntwein, also von den alkoholischen Getränken, zu deren Herstellung in Deutschland reichlich erzeugte Gewächse (Gerste, Kartoffeln) benutzt werden, in Betracht, so sieht man, daß Deutschland 1905 bis 1909 unter den acht berücksichtigten Ländern die dritt- bezw. zweitgrößten Zahlen aufwies.

Der Alkoholmißbrauch war schon in den ältesten Zeiten, wie die Geschichte lehrt, weit verbreitet. Eines der Gebote Buddhas lautet: „Du sollst keine berauschenden Getränke trinken.“ Daß bei den Griechen alkoholische Ausschreitungen vorkamen, entnimmt man u. a. Vasenbildern, die zeigen, wie beim Symposion Hetären ihren sich übergebenden Freunden den Kopf halten. Die alten Germanen hielten Maß in den Genüssen der Liebe und auch im Essen, aber nicht gegenüber dem Durst; „Tag und Nacht durchzuzechen“, schreibt Tacitus[2]), „gilt keinem als Schande“. Daß der Koran den Weingenuß verboten hat, ist allgemein bekannt. Wie weit in Deutschland während des Mittelalters und darüber hinaus bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts der Alkoholmißbrauch ausgedehnt war, erkennt man aus den 1782 von J. P. Frank[3]) veröffentlichten Schilderungen. Erwähnt sei auch, daß F. A. Mai[4]) in seinen 1802 erschienenen Gesetzentwurf die Bestimmung aufnahm: „Jeder Betrunkene soll von der Polizeiwache sofort ergriffen und bis zum ausgeschlafenen Rausch im bürgerlichen Gewahrsam gefänglich verwahret werden; demnächst drei Tage und Nächte bei bloßem Wasser und Brot seine mehr als viehische Unmäßigkeit abbüßen“. Von den deutschen Zuständen in den 60er Jahren des 19. Jahrhunderts erhält man ein Bild aus den 1870 veröffentlichten Darlegungen von E. Reich[5]), wo es heißt:

[1]) Die Berechnung des Alkoholverbrauchs auf den Kopf der Bevölkerung würde nur dann einen einwandfreien Maßstab darbieten, wenn der Altersaufbau in allen verglichenen Staaten derselbe wäre, was jedoch nicht zutrifft. (Siehe S. 45.)

[2]) Siehe Tacitus: „Germania“, übersetzt von M. Oberbreyer, Kap. 22.

[3]) Siehe Literatur S. 122 Ziffer 11.

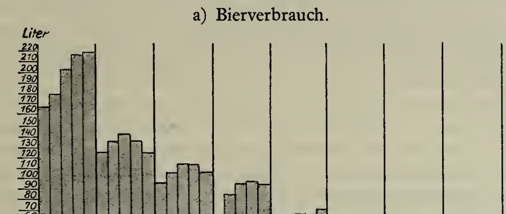
[4]) Siehe S. 33 Fußnote 2.

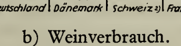
[5]) Siehe Literatur S. 8 Ziffer 11.

Zeichnung 35.

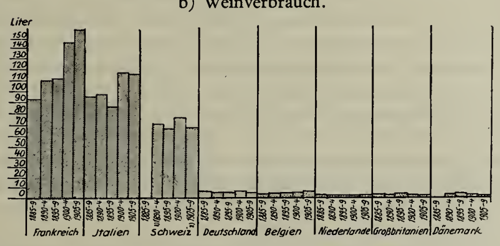
Alkoholverbrauch in acht europäischen Staaten 1885—1909.

a) Bierverbrauch.

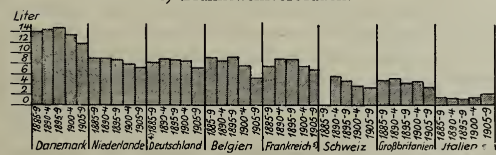




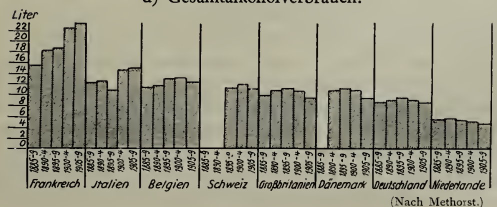
b) Weinverbrauch.



c) Branntweinverbrauch.



d) Gesamtalkoholverbrauch.



(Nach Methorst.)

„Nun aber handelt es sich davon, ob die Obrigkeit oder die Gesellschaft den Unmäßigen bestrafen soll. Die Obrigkeit besteht aus Menschen; viele von diesen sind selbst trunksüchtig und gefräßig. Wie kann also die Obrigkeit Unmäßige bestrafen, wenn sie Unmäßige in ihrer Mitte hat? Der Beamte der öffentlichen Sicherheit käme zum Trunkenbold, um diesen wegen seiner Unmäßigkeit zu verhaften und in den Kerker zu werfen. Der Trunkenbold läde den Beamten zu einer Flasche Wein ein; der Beamte, ein Freund des Weines, zechte mit dem Trunkenbold bis zum frühen Morgen und müßte am Ende von dem nach Hause geführt werden, den er arretieren sollte! Ja, es ist schwer, den Staat um Hilfe anzurufen."

Wlassak schreibt der Technik, mit deren Hilfe man seit dem ersten Viertel des 19. Jahrhunderts statt aus dem teuren Korn aus den billigen Kartoffeln Spiritus herstellte, einen bedeutenden Einfluß auf die Entwicklung des modernen Alkoholismus mit Recht zu. Denn ohne den Kartoffelspiritus hätten weite Volksschichten in dem an Menschen so zahlreich gewordenen Deutschland wohl keine Möglichkeit gehabt, im Übermaß alkoholische Getränke, insbesondere Branntwein, zu genießen.

Aber das Vorhandensein der großen Alkoholmengen ist nicht allein maßgebend für den Verbrauch. Die Herstellung so großer Mengen richtet sich nach der Nachfrage. Die Nachfrage nach alkoholischen Getränken kann allerdings ebenso wie nach anderen Erzeugnissen künstlich vergrößert werden, wenn der Erzeuger das hierfür erforderliche Werbegeld aufwendet. Hieran läßt es das gewaltige deutsche Braukapital, das 1911 von einem Brauereifachmann, wie Wlassak berichtet, auf 3 Milliarden Mark berechnet wurde, nicht fehlen. Darum erblickt Wlassak nicht mit Unrecht die zurzeit wichtigste soziale Quelle der Trinksitten „in der großkapitalistischen Erzeugung der geistigen Getränke und der aus ihr hervorgehenden Macht des Alkoholkapitals". Und Hindhede äußert sich auf Grund amerikanischer und dänischer Ergebnisse: „Beherrsche die Alkoholfabriken, und du beherrschest zum guten Teil auch den Tod." Aber ich halte es doch für ausgeschlossen, daß die vom Braukapital ausgeworfenen Werbesummen, die dazu dienen, zum Alkoholverbrauch anzureizen, Erfolg erzielen würden, wenn unsere sonstigen kulturellen Zustände in den weitesten Volksschichten das Verlangen nach alkoholischen Getränken nicht hervorrufen bezw. vermehren würden.

Die verschiedenartigsten kulturellen Umstände verführen zum übermäßigen Alkoholgenuß. Bald sind es freudige, bald sind es traurige Ereignisse, die zum Trinken veranlassen. Die einen greifen zum Alkohol, weil ihnen die Bildung fehlt, sich edle Freuden geistiger Art zu verschaffen, die anderen suchen im Alkoholgenuß eine Ablenkung von ihrer geistigen oder künstlerischen Tätigkeit. Übermäßig getrunken wird aus der Notlage heraus, aus Kummer und Sorgen, jedoch auch infolge von Üppigkeit und Übermut. Es gibt einen Elends- und einen Luxusalkoholismus. Man findet hier also, ähnlich wie beim Geburtenrückgang, viele und sich widersprechende Ursachen; sie stammen teils aus der wirtschaftlichen Ungunst, teils aus dem Mangel an Bildung, Erziehung und Pflichtbewußtsein, teils aus Verirrungen der gesellschaftlichen Sitten, aus der Sucht nach möglichst vielen körperlichen Genüssen und aus dem sinnlos verwendeten Reichtum.

Wenn Arbeiter zu unrichtiger Zeit und in zu großen Mengen alkoholische Getränke zu sich nehmen, so ist hierzu vielfach ihre Berufstätigkeit ein Anlaß. Regelwidrige Temperaturen in den Betriebsräumen, schwere Arbeiten, lange Arbeitszeiten und Staub lassen sich, wie viele irrtümlich meinen, leichter ertragen, wenn man, je nach der Witterung, Bier oder Branntwein zu sich nimmt. Auch die schlechten Wohnungszustände und die wenig schmackhafte Kost, welche die im Kochen oft ungeübten Arbeiterfrauen ihren Männern darbieten, verführen zum häufigen Wirtshausbesuch. Diese wirtschaftlichen

Mißstände erklären uns die psychologischen Vorgänge derjenigen Arbeiter, die sich dem übermäßigen Alkoholgenuß hingeben. Aber wir finden nicht weniger schwere, sondern oft noch schwerere alkoholische Ausschreitungen mit ihren gesundheitlichen Folgen in wohlhabenden Kreisen, besonders bei Akademikern, welche die studentischen Trinkunsitten auch dann noch pflegen, wenn sie sich schon längst in Amt und Würden befinden. Das gute Beispiel, das die Gebildeten kraft ihrer hohen Kenntnisse zu bieten verpflichtet sind, fehlt auf diesem Gebiete ganz. Das auf Seite 6 erwähnte Wort von Rubner: „Eine Hygiene für die oberen Zehntausend kenne ich nicht", trifft hier ganz gewiß nicht zu. Gerade der Reichtum, besonders der „neue Reichtum" will sich bei Trinkgelagen, je üppiger je lieber, ausleben.

Die Fragen, ob sich der Alkoholismus mehr bei den Arbeitern[1]) als bei den Wohlhabenden, mehr bei Gebildeten als bei Ungebildeten, mehr auf dem Lande als in den Städten findet, können nicht beantwortet werden, da es an entsprechenden zahlenmäßigen Angaben fehlt; aber es besteht kein Zweifel darüber, daß der Alkoholmißbrauch in den verschiedenartigsten Volksschichten stark verbreitet ist.

Nur während des Krieges wurden auch in diesen Kreisen die Trinkunsitten erheblich eingeschränkt, als es an Getränken mit friedensmäßigem Alkoholgehalt mangelte. Der Krieg erzeugte, wie sich Bonhöffer[2]) ausdrückte, eine „Zwangsnüchternheit". Die Folge hiervon war, daß in den deutschen Heilanstalten die Zahl der Deliranten und sonstigen Alkoholiker sich sehr stark verminderte. Aber von einem Zwang ist selten etwas Gutes für die Dauer zu erwarten. Als die Zwangswirtschaft bei der Herstellung alkoholischer Getränke gelockert wurde, zeigten sich sogleich die früheren Mißstände. Wie die französische Revolution zwar eine tausendjährige Monarchie zerbrach, jedoch die alten Modetorheiten weiterbestehen ließ (siehe S. 159), so setzte die Revolution vom Jahre 1918 zwar alle deutschen Fürsten ab, tastete aber den Thron des Königs Gambrinus nicht an.

* * *

Die wichtigste unter den Fragen, welche sich mit den Maßnahmen gegen den Alkoholmißbrauch befassen, lautet: Enthaltsamkeit oder Mäßigkeit? Soll überall und insbesondere im Deutschen Reich, wie z. B. in Finnland seit 1919 und in den Vereinigten Staaten von Amerika seit 1920, ein völliges Alkoholverbot[3]) gesetzlich eingeführt werden? Die Antwort ist nicht leicht. Denn die Erfahrungen, die man, nach M. Küppersbusch, mit diesem Verbot hinsichtlich des Rückganges der Aufnahmen von Deliranten in die Heilanstalten gemacht hat, sind gut, wenngleich der Schmuggel

[1]) Bei der amtlichen Erhebung über die Wirtschaftsrechnungen von Wiener Arbeiterfamilien (siehe Fußnote 3 S. 88) wurde auch danach geforscht, welche Ausgaben für alkoholische Getränke erfolgten. W. Schiff (siehe Literatur S. 94 Ziffer 13b) äußerte sich hierzu folgendermaßen: „Zunächst ist hervorzuheben, daß die Ausgabe für alkoholische Getränke den vierten Platz unter allen 20 Ausgabegruppen einnimmt und mit einem Durchschnitt von 123 Kr. pro Familie und 5% des Einkommens gleich nach den Ausgaben für Nahrungsmittel, für Wohnung und für Kleidung rangiert ..... Welche Bedeutung diese Trinkgewohnheiten für die Wirtschaftsführung und Lebenshaltung zahlreicher Familien besitzen, beweist die Tatsache, daß bei der Mehrzahl der Familien, nämlich bei 70, die Alkoholausgaben mehr ausmachen als die Ausgaben für geistige Bedürfnisse, bei sechs Familien mehr als die Wohnungsmiete, bei zwei mehr als die Wohnungsmiete und die Ausgaben für geistige Bedürfnisse zusammengenommen."

[2]) Nach Angabe von Wlassak.

[3]) Der Wortlaut des amerikanischen Gesetzes, übersetzt von Amtsrichter Bauer, ist in der Zeitschrift „Die Alkoholfrage" 1921 Heft 3 und 4 wiedergegeben worden.

mit Alkohol blüht. Es ist auch auf die in der Schrift „Probleme der Friedenswirtschaft“ von Walter Rathenau[1]) enthaltene Mahnung hinzuweisen, daß wir den Gedanken der Enthaltsamkeit, die in den Vereinigten Staaten und in nordischen Ländern Wurzel gefaßt hat, im Auge behalten müssen, damit wir wirtschaftlich nicht hinter diesen Staaten zurückbleiben. Aber vom gesundheitlichen Standpunkte aus liegt ein zwingender Grund für das völlige Alkoholverbot[2]) nicht vor. Dazu kommt, daß wir zufriedenstellende alkoholfreie Getränke noch nicht besitzen, und daß vor allem die Zahl der Abstinenten, welche die „Trockenlegung“ fordern, im Deutschen Reich verhältnismäßig noch recht klein ist. Nach Angaben von Gonser hat der 1903 gegründete (sozialdemokratische) Deutsche Arbeiter-Abstinentenbund in 80 bis 90 Ortsgruppen 3000 Mitglieder, darunter 25 bis 30% Jugendliche, so daß von den doch mindestens 3 Millionen sozialdemokratischen Arbeitern nur etwa 1‰ enthaltsam ist. Der Verein abstinenter Ärzte des deutschen Sprachgebietes besitzt 320 Mitglieder; mithin ist noch nicht einmal 1% der Ärzte zur Enthaltsamkeit übergegangen. In anderen Volksschichten, namentlich in den Reihen der Jugendlichen, besitzen die Abstinenten, die sich für die einzelnen Konfessionen, Berufsarten usw. besondere Vereine geschaffen haben, viele tausende, zumeist sehr rührige, oft sogar, wie schon erwähnt, fanatische Anhänger. Aber der von den Abstinenten in der Öffentlichkeit ausgeübte Einfluß ist doch noch im Deutschen Reich sehr gering. Die weit überwiegende Mehrheit des deutschen Volkes ist der völligen „Trockenlegung“ nicht zugeneigt. Es muß jedoch betont werden, daß, nach den Erfahrungen ausländischer Staaten, die Anhängerschaft der Abstinenten auch bei uns rasch erheblich wachsen kann. Wie das Internationale Büro zur Bekämpfung des Alkoholismus im Presse-Bulletin vom 26. XI. 24 mitteilt, ist in der Schweiz die Zahl der organisierten Abstinenten in den letzten Jahren wesentlich gestiegen und beläuft sich jetzt auf mindestens 125000; und der Ausfall der neuesten Wahlen in den Vereinigten Staaten von Amerika hat deutlich gezeigt, daß die überwiegende Mehrheit des amerikanischen Volkes gewillt ist, das Alkoholverbot aufrechtzuerhalten und durchzuführen, da von den neugewählten Abgeordneten des Repräsentantenhauses 320 „trocken“ und nur 107 „naß“ sind.

Erforderlich ist, daß die Trinker, nachdem sie geheilt sind, jeglichen Alkoholgenuß vermeiden; ein solches Verhalten wird auch den Unmäßigen zu empfehlen sein. Hierbei ist, wie unzweifelhaft zugegeben werden muß, das Vorbild der Abstinenten[3]) von größtem Wert. Der Hinweis auf die Enthaltsamen, die ohne jeden Alkoholgenuß arbeitsfähig und lebensfreudig sind, wirkt heilsam. Daß in dieser Hinsicht die Abstinenten größere Erfolge erzielen als die Befürworter der Mäßigkeit, kann nicht in Abrede gestellt werden.

Aber die große Masse der Menschen besteht, wie ja schon betont wurde, weder aus Trinkern noch aus Unmäßigen. Den Mäßigen darf man die geringen Alkoholmengen

---

[1]) Nach Angabe von H. Bogusat.

[2]) Erwähnt sei, daß schon Oesterlen (siehe Literatur S. 154 Ziffer 26) betonte: „Überhaupt dringe man eher auf Mäßigkeit und auf unschuldigere Getränke als auf völlige Enthaltsamkeit.“ Hufeland wandte sich in seiner „Makrobiotik“ (5. Aufl., Reutlingen 1817, Teil II) nur gegen den Branntwein, nicht gegen Bier und Wein in mäßigen Mengen. Auch in der Denkschrift gegen den Alkoholismus, welche die Fachgemeinschaft deutscher Hygieneprofessoren in der Zeitschrift „Die Alkoholfrage“ 1923 Jahrg. 19 Heft 1 veröffentlichte, wird die völlige Enthaltsamkeit nicht verlangt.

[3]) Nippe teilte 1913 mit, daß in der Königsberger Alkohol-Wohlfahrtsstelle acht früher entmündigt gewesene Trinker, die Abstinenten geworden sind, als Helfer und sogar zum Teil als Vormünder von Trinkern wirken.

zubilligen. Es sind jedoch mannigfaltige Einrichtungen nötig, um zu verhüten, daß die Mäßigen nicht zu Unmäßigen werden.

Soweit es sich hierbei um Arbeiter und ihnen sozial Gleichgestellte handelt, werden alle Mittel, welche dazu dienen, die wirtschaftliche Lage der Unbemittelten, insbesondere die Verhältnisse auf den Gebieten des Nahrungs- und Wohnungswesens zu verbessern, auch helfen, den Alkoholmißbrauch zu vermindern. Von großem Wert wäre es, wenn der Alkoholgenuß in allen Fabriken und Werkstätten, auf Eisenbahnen und Fahrzeugen, bei Bauten, Straßenarbeiten usw. verboten und seitens der Betriebsleiter für alkoholfreie Getränke zu geringem Preise gesorgt werden würde. Zu fordern ist, daß für solche Getränke keine Steuer gezahlt werden muß.

Alle Volkskreise sind über die Gefahren des Alkoholmißbrauches schon in der Schule immer wieder und mit Nachdruck zu unterrichten. Die Jugend soll, wie schon betont wurde, keinen Alkohol erhalten. Wenn Aufklärung und Erziehung bewirken, daß dann viele auch im reifen Alter Enthaltsamkeit üben gegenüber dem Alkohol, vor dem sie einen Abscheu bekommen haben, wie die Kinder von Vegetariern vor dem Fleischgenuß, so ist dies nur zu begrüßen. Besonders wünschenswert wäre es, wenn möglichst viele innerhalb der akademischen Jugend sich von den Trinkunsitten ihrer Kreise abwenden und ihren Altersgenossen innerhalb der anderen Berufsschichten ein gutes Beispiel, wie man es von dem höheren Bildungsgrad erwartet, darbieten würden.

Aber nicht nur die Jugend, auch die Erwachsenen aller Berufskreise sind ständig über die verheerende Wirkung des übermäßigen Alkoholgenusses aufzuklären. Hierbei können auch die Mäßigkeitsvereine ersprießlich wirken. Hervorgehoben sei besonders die segensreiche Tätigkeit des 1883 unter dem Namen „Deutscher Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke" gegründeten Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus, der eine Verpflichtung zur völligen Enthaltsamkeit von seinen Mitgliedern nicht, wohl aber bei Kindern und Jugendlichen, bei Alkoholkranken und solchen Personen, die in besonderem Maße gefährdet sind, und für die Arbeitszeit verlangt. Merkblätter, Flugschriften und Ausstellungen haben sich bei der Aufklärung als erfolgreich erwiesen. In dem § 258 des Gesetzes über das Branntweinmonopol vom 26. Juli 1918 (RGBl. Nr. 99) wurde bestimmt, daß 4 Millionen Mark „zur Bekämpfung der Trunksucht und ihrer Ursachen sowie zur Milderung der durch die Trunksucht herbeigeführten Schäden" dem Reichskanzler zur Verfügung zu stellen sind. Infolge der Geldentwertung wurden dann Änderungen erforderlich, zugleich wurde im § 118 des Gesetzes über das Branntweinmonopol vom 18. April 1922 (RGBl. Nr. 30) vorgeschrieben, daß Geldmittel auch „zur Bekämpfung solcher, der Volksgesundheit drohenden Schäden, die mit dem Alkoholismus zusammenhängen, insbesondere zur Bekämpfung von Tuberkulose und Geschlechtskrankheiten", dem Reichsfinanzminister zur Verfügung zu stellen sind. An den erforderlichen Geldmitteln für die Aufklärung dürfte es daher jetzt nicht fehlen. Zu wünschen ist hierbei jedoch, daß die Belehrung 1. nicht fanatisch auf die völlige Enthaltsamkeit hinzielt, weil dies bei vielen abstoßend wirkt und eine dann mit großem Geldaufwand betriebene Abwehr des Braukapitals hervorruft, und 2. nicht einseitig sich lediglich auf die Schäden des Alkoholmißbrauchs beschränkt, sondern im Zusammenhang mit anderen hygienischen Fragen der gesamten Gesundheitspflege nutzbar gemacht wird.

Besonders zu betonen ist, daß mit der Belehrung allein der Alkoholmißbrauch nicht hinreichend erfolgreich bekämpft werden kann. Wir sehen ja viele Trinker und Unmäßige

auch in den Reihen solcher Berufsarten, die über die Wirkungen des übermäßigen Alkoholgenusses genügend unterrichtet sind. Es muß also noch die Stärkung des Pflichtbewußtseins hinzutreten; nicht nur die Ärzte, sondern vor allem die Seelsorger, aber auch die Leiter der Berufsvereine wie alle Volksführer müssen immer wieder dazu mahnen, daß es Pflicht eines jeden Staatsbürgers gegenüber seiner Familie und dem Staate ist, die Gesundheit nicht durch ein leichtsinniges und unwürdiges Verhalten zu untergraben.

Neben diesen umfassenden und grundlegenden Maßnahmen, mit denen der Alkoholmißbrauch zu bekämpfen ist, sind noch manche andere Einrichtungen geschaffen worden. Insbesondere hat man das Gasthauswesen umzugestalten versucht. Als ein Fortschritt ist hierbei das deutsche Notgesetz (sog. Reichsschankstättengesetz) vom 24. Februar 1923 (RGBl. Nr. 15) zu betrachten; in seinem § 5 wird das Verabfolgen von Branntwein in Gastwirtschaften und im Kleinhandel an Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sowie an Betrunkene verboten. Hervorzuheben ist sodann das sogenannte Gothenburger System, wonach der Wirt nicht auf einen möglichst großen Absatz alkoholischer Getränke angewiesen ist, sondern einen Vorteil von dem Verkauf alkoholfreier Getränke hat. Wirkungsvoll ist es auch, wenn die Polizeistunde in den Wirtschaften spätestens auf 11 Uhr festgesetzt wird. Als segensreich haben sich die jetzt zahlreich vorhandenen Trinkerfürsorgestellen, die gewissermaßen wie Festungen gegen den Feind Alkohol wirken, erwiesen; sie helfen nicht nur den Kranken, sondern unterstützen auch deren Familien mit Rat und Tat. Zur Behandlung der Trunksüchtigen wurden Trinkerheilanstalten geschaffen. Das Reichsversicherungsamt[1]) hat bereits 1906 den Trägern der Invalidenversicherung die Heilbehandlung Alkoholkranker in psychiatrisch geleiteten Trinkerheilstätten empfohlen; in der Tat sind vielfach derartige Kuren, und zwar mit gutem Erfolge, seitens der Landesversicherungsanstalten durchgeführt worden. Bemerkt sei auch, daß nach § 120 der RVO. trunksüchtigen Krankenkassenmitgliedern, die arbeitsunfähig sind, statt des Krankengeldes, das häufig vertrunken wird, Sachleistungen gewährt werden können. Von großem Wert ist es, daß an möglichst vielen alkoholfreien Verkaufsstellen im Winter für warme, im Sommer für kalte Getränke, die billig und schmackhaft sind, gesorgt wird.

Literatur: *1.* **P. Bauer:** *„Haben die Kampfesmethoden der Abstinenten einen einwandfreien wissenschaftlichen und kulturellen Wert?", Berlin 1910.* — *2.* **Joh. Bergmann:** *„Geschichte der Nüchternheitsbestrebungen", a. d. Schwedischen übersetzt v. R. Kraut, Halbband 1, Hamburg 1923.* — *3.* **Bogusat:** *„Fürsorge für Alkoholkranke", Abhandl. i. „Gesundheitw. u. Wohlfahrtspfl. i. Deutsch. Reiche", herausg. v. Möllers, Berlin 1923.* — *4.* **R. Burckhardt:** *„Die Beziehungen der Alkoholfrage zur deutschen Arbeiterversicherung", Berlin 1911.* — *5.* **A. Delbrück:** *„Hygiene des Alkoholismus", Weyls Handb. d. Hyg., 2. Aufl. Bd. 3 Abt. 4, Leipzig 1913.* — *6.* **E. G. Dresel:** *a) „Die Ursachen der Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Trinkerfürsorge in Heidelberg", Abhandl. a. d. Gesamtgeb. d. Kriminalpsych. Heft 5, Berlin 1921; b) „Sozialhygienische Auswirkung des Gesetzes über das Branntweinmonopol", Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 25.* — *7.* **A. Elster:** *a) „Alkoholismus", Art. i. Handw. d. Staatsw., 2. Aufl. Bd. 1, Jena 1921; b) „Das Konto des Alkohols in der deutschen Volkswirtschaft", Hamburg 1922.* — *8.* **A. Fischer:** *„Die Ausdehnung des Alkoholismus vor, in und nach dem Kriege", Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 4.* — *9.* **Flaig,** *gemeinsam mit* **Gonser:** *„Alkoholismus", Art. i. Handw. d. Wohlfahrtspfl., herausg. von O. Karstedt, Berlin 1924.* — *10.* **M. v. Gruber:** *„Leitsätze über Alkoholismus und Nachwuchs", Aufsatz in „Zur Erhaltung u. Mehrung der Volkskraft", München 1918.* — *11.* **R. Hercod:** *a) „Die ersten Ergebnisse des finnischen Alkoholverbots", Internat. Zeitschr. gegen d. Alkoholismus 1922 Heft 3 u. 4; b) gemeinsam mit A. Koller: „Internationales Jahrbuch des Alkoholgegners", Lausanne 1923.* — *12.* **M. Hindhede:** *„Sterblichkeit und Einschränkung des Alkoholver-*

[1]) Siehe „Arbeiterversicherung und Alkoholismus", Monatsblätter für Arbeitervers. 1912 Nr. 4.

brauchs“, Sozialhyg. Mitteil. 1922 Heft 1. — 13. ***H. Hoppe:*** *„Die Tatsachen über den Alkohol“, München 1912. — 14.* ***M. Küppersbusch:*** *„Das Alkoholverbot in Amerika“, München 1923. — 15.* ***B. Laquer:*** *a) „Der Haushalt des amerikanischen und deutschen Arbeiters“, Volkmanns Samml. Klin. Vorträge, Leipzig 1906; b) „Einfluß der sozialen Lage auf den Alkoholismus“, Abhandl. i. „Krankheit u. soziale Lage“, München 1912. — 16.* ***H. W. Methorst:*** *„Toelichting op de grafiek betreffende het gemiddelde verbruik van bier, wijn en gedistilleerd en van het totale verbruik van alcohol in Nederland en de naburige landen sedert 1885“, Den Haag 1912. — 17.* ***Nippe:*** *„Fünf Jahre Trinkerfürsorge“, Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. Bd. 2 Heft 7, Berlin 1913. — 18.* ***Joh. Orth:*** *„Über die durch geistige Getränke im menschlichen und tierischen Körper verursachten Veränderungen“, Die Alkoholfrage 1918 S. 111 ff. — 19.* ***A. Pfleiderer:*** *„Bilderatlas zur Alkoholfrage“, 2. Aufl., Stuttgart 1922. — 20.* ***Schellmann:*** *„Trinkerfürsorge“, Abh. i. Grundriß d. Gesundheitsfürsorge, 2. Aufl., herausg. v. Baum, München 1923. — 21.* ***Seiffert:*** *„Alkohol und Tuberkulose“, Die Alkoholfrage 1922 S. 94 ff. — 22.* ***M. Vogel:*** *„Die Abnahme des Alkoholismus im Kriege“, Öffentl. Gesundheitspfl. 1921 S. 73 ff. — 23.* ***R. Wlassak:*** *a) „Grundriß der Alkoholfrage“, Abhandl. i. Handb. d. Hyg., herausg. v. Rubner, Gruber, Ficker, Bd. 4 Abt. 3, Leipzig 1922; b) „Die Beobachtung der gesundheitlichen Alkoholschäden“, Internat. Zeitschr. gegen d. Alkoholismus 1922 Heft 1. — 24.* ***W. Weygandt:*** *„Verhütung der Geisteskrankheiten“, Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Medizin Bd. 4 Heft 6, Würzburg 1904. — 25.* ***K. Weymann:*** *„Welche gesetzgeberischen und Verwaltungsmaßnahmen sind für die Bekämpfung des Alkoholismus zu wünschen?“, Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 1.*

6. Nerven- und Geisteskrankheiten.

Unter dem Namen „Nerven- und Geisteskrankheiten“ werden zahlreiche und verschiedenartige Leiden zusammengefaßt; teils sind es schwere Krankheiten, bei denen der Geist völlig umnachtet ist, teils handelt es sich um leichtere Zustände, ja sogar um solche, die sich gegenüber dem Normalen in kaum erkennbarer Weise abheben. Verschiedenartig wie die Krankheitsbilder sind auch die Ursachen und Bedingungen für die Entstehung dieser Leiden; ungenügende Entwicklung der Zentralorgane vor der Geburt, Zerstörungen von Hirnteilen, Gifte, die von außen einwirken oder sich im Körper selbst bilden, einseitiges Wachsen von besonderen Seeleneigentümlichkeiten, plötzliche Änderungen der Umwelteinflüsse u. a. m. machen sich hierbei geltend. Man kann zwei Gruppen von Einflüssen unterscheiden: 1. die ererbten nervösen Anlagen, 2. die äußeren Einwirkungen. Bei den letzteren kommen hauptsächlich Infektionen und Intoxikationen, die ihrerseits vielfach mit den kulturellen Verhältnissen zusammenhängen, sowie die unmittelbaren Einflüsse der Kultur in Betracht; aber auch bei den ererbten Krankheitsanlagen spielen die kulturellen Zustände eine mehr oder minder große Rolle.

Unter den Krankheitsarten, mit denen wir uns hier zu befassen haben, ist die Psychopathie wegen ihrer Häufigkeit hervorzuheben. Die Psychopathen stellen die Grenzfälle geistiger Gesundheit und Krankheit dar; sie sind die Sorgenkinder in den Familien, das Kreuz für die Schullehrer und beschäftigen, wenn sie in die Zeit der Geschlechtsentwicklung eintreten, nur zu oft die Gerichte. Mönkemöller schildert ihre Eigenheiten folgendermaßen:

> „Das Wesentliche dieser Zustände liegt in der Ungleichmäßigkeit der geistigen Entwicklung, auf deren Boden alle möglichen Charaktereigenschaften in der seltsamsten Mischung nebeneinander stehen. Die Sprunghaftigkeit dieser Charakterbildung zeitigt immer wechselnde Bilder und die verworrensten Verzerrungen des seelischen Ausdrucks. Viele Originale und Sonderlinge, die Unverstandenen, die Einspänner, die problematischen Naturen und andere auffällige Ausnahmeerscheinungen sind fast ausnahmslos unter dem Gesichtswinkel der Psychopathie zu verstehen.“

Im Hinblick auf den verfügbaren Raum können hier unmöglich alle Arten der Nerven- und Geisteskrankheiten vom kulturhygienischen Standpunkte aus beleuchtet werden; wir können nur die wichtigsten Fragen erörtern.

Die Gesamtfrage, mit der wir uns zu befassen haben, lautet: Wie beeinträchtigt die Kultur die Häufigkeit der Nerven- und Geisteskrankheiten?

Bevor wir uns hiermit beschäftigen können, müssen wir uns ein Bild von der Verbreitung dieser Leiden zu beschaffen suchen. In der Statistik der Ortskrankenkasse Leipzig (siehe Zeichnung 22 S. 348) befinden sich die Nerven- und Geisteskrankheiten nicht unter den zwölf häufigsten Krankheitsursachen; bei den Todesursachen in Baden (siehe Zeichnung 24 S. 348) stehen die Krankheiten des Nervensystems an der neunten Stelle; bei den Invaliditätsursachen in Baden (siehe Zeichnung 23 S. 348) nehmen sie den siebenten bezw. zehnten Platz ein.

Die naheliegende Frage, ob die Zahl der Geisteskrankheiten, insbesondere in den letzten Jahrzehnten, sich vergrößert hat, wurde viel erörtert. Die Ziffer der Aufnahmen in den Irrenanstalten ist in den letzten Jahrzehnten stark gestiegen. Aber diese Anstaltsangaben müssen mit Vorsicht verwendet werden. Daß jetzt die Irrenanstalten viel häufiger aufgesucht werden als ehedem, hat manche Gründe: Die Sozialversicherung bietet vielen, für welche früher niemand die Kosten der Anstaltsbehandlung getragen hätte, ein Anrecht auf Verpflegung in öffentlichen Anstalten, das Urteil der Bevölkerung über die Anstalten, die jetzt trefflich eingerichtet sind, lautet heute anders als in früheren Zeiten, die engen Wohnungen in den Großstädten machen den Entschluß, einen Kranken in eine Anstalt zu verbringen, leichter, und das gleiche gilt für die Landbevölkerung, wenn mit Beginn des Frühjahrs alle verfügbaren Kräfte auf das Feld geschickt werden müssen, so daß niemand Zeit hat, sich um einen Geisteskranken zu bekümmern. Diese und andere Gründe haben das Bedürfnis nach Irrenanstaltsplätzen vermehrt; aber ein Beweis für eine Zunahme der Geisteskrankenziffer ist hiermit nicht erbracht, so daß insbesondere ein Zeichen für eine fortschreitende Entartung diesem Zahlenstoff nicht zu entnehmen ist.

Bemerkt sei jedoch, daß sich aus der von A. Fischer[1]) veröffentlichten Invaliditätsursachenstatistik ein beträchtlicher Anstieg der Psychosen und Neurosen bei den Dienstboten in Baden ersehen läßt. Es wurden 1896 bis 1899 Invalidenrenten wegen Geisteskrankheiten an 15, wegen Epilepsie und verwandten Krankheiten an 4 Dienstboten erstmalig gezahlt, während 1905 bis 1909 die entsprechenden Zahlen 75 und 56 lauten. Da sich in diesem großen Umfange weder die Invaliditätsziffern im allgemeinen noch die Zahl der Dienstboten vergrößert haben, so darf gefolgert werden, daß Psychosen und Neurosen bei den badischen Dienstboten während der letzten Jahrzehnte häufiger geworden sind. Aber hieraus den Schluß auf eine fortschreitende Entartung zu ziehen, ist unstatthaft, da die in Rede stehenden Krankheiten nicht immer lediglich auf Vererbung, sondern oft auch auf äußeren Einflüssen beruhen dürften.

Die oben genannte Heilanstaltsstatistik[2]) bietet immerhin einigermaßen einen Einblick in die Verbreitung der einzelnen Geisteskrankheiten. Aus unserer Tafel 116 ist zu ersehen, daß bei beiden Geschlechtern die einfache Seelenstörung die häufigste Krankheit darstellt; bei den männlichen Geisteskranken folgt dann, der Zahl nach, aber sogleich der Alkoholismus und dann die durch Syphilis erzeugte paralytische Seelenstörung, während bei dem weiblichen Geschlecht diese beiden Krankheitsarten bei weitem nicht so oft die Überführung in eine Heilanstalt veranlassen.

---

[1]) Siehe die Fußnote 5 S. 12.
[2]) Siehe die Fußnote 1 S. 397.

Tafel 116.

Die in die öffentlichen und privaten Anstalten aufgenommenen Nerven- und Geisteskranken im Deutschen Reich 1902—04 und 1911—13 nach Krankheitsursachen.

Der Krankenzugang, berechnet auf je 10000 der Zivilbevölkerung um die Mitte jedes Jahres, betrug:

Krankheitsursachen	Männlich		Weiblich	
	1902—04	1911—13	1902—04	1911—13
Einfache Seelenstörung	4,68	5,76	4,71	6,09
Paralytische Seelenstörung	1,39	1,52	0,41	0,43
Imbecillität	1,00	1,38	0,60	0,87
Epilepsie	1,25	1,43	0,56	0,60
Hysterie	0,22	0,40	0,63	1,00
Neurasthenie	1,00	1,44	0,45	0,79
Chorea	0,01	0,02	0,02	0,04
Tabes	0,07	0,14	0,02	0,03
Andere Krankheiten des Nervensystems	0,44	0,99	0,26	0,61
Alkoholismus	1,39	2,19	0,12	0,19
Morphinismus und andere narkotische Vergiftungen	0,11	0,11	0,04	0,04
Andere Krankheiten	0,54	0,81	0,51	0,85
Summe	12,12	16,20	8,33	11,54

(Nach Medizinalstat. Mitteil. a. d. Reichsgesundheitsamte Bd. 21, Berlin 1920.)

Unsere Tafel 117 unterrichtet darüber, wie viele von den Anstaltsinsassen unter 16 Jahre alt waren, bei wie vielen Erblichkeit, bei wie vielen Alkoholmißbrauch nachgewiesen wurde, und wie viele mit Tod abgegangen sind. Besonders zu beachten ist hierbei, daß bei beiden Geschlechtern nahezu gleich oft, nämlich in jedem vierten Fall, Erblichkeit nachgewiesen wurde; diese Zahl ist gewiß sehr groß, aber doch nicht so hoch, wie man aus manchen rassehygienischen Berichten vermuten könnte. Von diesen für alle in Betracht kommenden Geisteskrankheiten gültigen Durchschnittsziffern weichen die für die einzelnen Psychosen und Neurosen zutreffenden Angaben zum Teil wesentlich ab. Die Häufigkeit des Alkoholmißbrauchs bei den beiden Geschlechtern und bei den einzelnen Nerven- und Geisteskrankheiten wurde schon (S. 397) erörtert.

Es wurde oben bereits betont, daß die Anstaltsstatistik nur mit Vorsicht zu verwerten ist, und dies aus mehreren Gründen. Vor allem ist zu bemerken, daß es an einer in allen deutschen Anstalten einheitlich durchgeführten Einteilung der Krankheitsformen fehlt. Nach Angabe von Römer wird in badischen Anstalten für statistische Zwecke eine übereinstimmende Gliederung benutzt, was sich bewährt hat; dies Beispiel sollte in ganz Deutschland nachgeahmt werden. Darüber hinaus könnte die Irrenstatistik erheblich verbessert werden, wenn, nach dem Vorschlage von Römer, die in allen Anstalten einzuführende Zählkarte folgende Angaben enthalten würde: 1. Familien- und Vorname, 2. Geburtszeit, 3. Geburtsort, 4. Familienstand, 5. Religionsbekenntnis, 6. Beruf und soziale Stellung nach dem bei der Berufszählung verwendeten Verzeichnis, 7. Wohnsitz, 8. Angabe, ob in dem betreffenden Gebiet oder überhaupt erstmals aufgenommen oder nicht, 9. Krankheitsform nach dem Vordruck einer zu vereinbarenden Einteilung.

Tafel 117.

Erblichkeit und Alkoholmißbrauch bei unter und über 16 Jahre alten, in Anstalten aufgenommenen Geisteskranken im Deutschen Reiche 1911 bis 1913 nach Krankheitsursachen.

Krankheitsursachen	Männlich				Weiblich			
	Von je 1000 wegen untenstehender Krankheit aufgenommenen Kranken			Von je 1000 abgegangenen Kranken sind mit Tod abgegangen	Von je 1000 wegen untenstehender Krankheit aufgenommenen Kranken			Von je 1000 abgegangenen Kranken sind mit Tod abgegangen
	waren unter 16 Jahre alt	wurde Erblichkeit nachgewiesen	wurde Alkoholmißbrauch nachgewiesen		waren unter 16 Jahre alt	wurde Erblichkeit nachgewiesen	wurde Alkoholmißbrauch nachgewiesen	
Einfache Seelenstörung	9,6	301,1	157,3	162,0	6,5	311,6	16,2	199,7
Paralytische Seelenstörung	2,5	145,0	80,9	462,8	5,8	163,6	44,0	453,2
Imbezillität, Idiotie und Kretinismus	378,6	345,8	82,5	188,2	365,5	327,1	20,9	235,9
Epilepsie mit und ohne Seelenstörung	107,9	299,7	230,1	167,8	154,1	280,4	26,0	272,5
Hysterie	40,9	200,3	150,8	4,7	26,9	232,4	21,6	8,9
Neurasthenie	7,0	166,4	46,7	2,3	6,2	173,9	6,3	2,2
Chorea	481,8	159,1	13,6	125,0	394,2	164,5	—	95,2
Tabes	—	60,3	50,5	44,5	6,0	48,3	15,1	78,5
Andere Krankheiten des Nervensystems	39,7	77,7	61,8	98,1	46,5	96,3	15,4	119,0
Alkoholismus	0,3	210,7	974,2	30,4	—	201,0	963,4	42,5
Morphinismus und andere narkotische Vergiftungen	1,0	119,6	108,8	19,5	—	81,9	42,2	22,6
Andere Krankheiten	31,3	37,6	51,9	64,5	37,3	47,1	6,3	58,6
Zusammen	51,9	233,2	238,2	145,3	48,6	254,7	32,6	164,9

(Nach Medizinalstatist. Mitteil. a. d. Reichsgesundheitsamte Bd. 21, Berlin 1920.)

Einen Maßstab für die Häufigkeit von Seelenstörungen stellt auch die Selbstmordstatistik dar. Denn bei den Selbstmördern handelt es sich zumeist, wenn nicht immer, um Kranke. Gaupp fand unter 124 in die Münchener Psychiatrische Klinik verbrachten Selbstmordkandidaten nur eine einzige Person psychisch gesund, und dies war ein 21 jähriges Dienstmädchen im achten Monat der Schwangerschaft. Die amtliche Statistik[1]) lehrt nun, daß im Deutschen Reich auf 100000 Einwohner im Jahre 1893 nur 21,2, im Jahre 1913 dagegen 23,2 Selbstmörder zu verzeichnen waren. Das weibliche Geschlecht weist hierbei weit geringere Ziffern auf als das männliche; aber der in den beiden letzten Jahrzehnten vor dem Weltkrieg festgestellte Anstieg ist nur dadurch hervorgerufen, daß die Zahl der Selbstmorde bei dem weiblichen Geschlecht sich vergrößert hat. Während des Weltkrieges ist die Ziffer der Selbstmorde auf 15,7 unter 100000 Einwohnern gesunken, im Jahre 1921 belief sie sich auf 20,7. Von den für das ganze Reich geltenden Durchschnittszahlen weichen die Ergebnisse in den einzelnen Staaten und Staatsgebieten erheblich ab.

[1]) Vierteljahresschrift z. Statist. d. Deutschen Reiches 1913 Heft 1 sowie Stat. Jahrb. f. d. Deutsche Reich 1923, Berlin 1923.

Auch gegenüber der Selbstmordstatistik ist Vorsicht geboten; denn gezählt werden hierbei naturgemäß nur die gelungenen Selbstmordfälle. Ob aber ein Selbstmordversuch gelingt, hängt zumeist von mannigfaltigen Zufällen ab.

* * *

Aus den vorstehenden Angaben ersieht man schon, daß die Statistik der Nerven- und Geisteskrankheiten noch recht mangelhaft entwickelt ist. Es ist aber vor allem noch darauf hinzuweisen, daß die Ziffer der unzweifelhaft ein großes Heer bildenden Psychopathen nicht festgestellt und auch nicht feststellbar ist.

Zahlreiche Einflüsse der kulturellen Umwelt wirken auf die Ausdehnung der Nerven- und Geisteskrankheiten ein. Dies gilt naturgemäß für alle Zeiten, nicht nur für die Gegenwart. Aber je nach den kulturellen Besonderheiten in den einzelnen Zeitabschnitten ergeben sich Verschiedenheiten bei der Art der Psychosen und Neurosen. Hoche führt z. B. als psychische Epidemien, die für das Mittelalter bezeichnend sind, an: Volksbewegungen der Flagellanten, Tanzkrankheit[1]), Judenverfolgungen, Kinderkreuzzüge, Kometenfurcht, epidemische Teufelsbesessenheit[1]).

Wer hat nicht in unserer Zeit, während des Weltkrieges und nach dem staatlichen Zusammenbruch, in breiten Volksschichten seelische Äußerungen beobachtet, die nur als durch die politischen Vorgänge hervorgerufene Psychosen aufzufassen sind? Allerdings sollte man, nach dem Vorbilde von Pelman[2]), bei vielen dieser psychischen Absonderlichkeiten nicht von epidemischem Wahnsinn, sondern von epidemischem Unsinn reden. Um einen solchen Unsinn handelt es sich auch bei den vielen Menschen, die sich, nicht etwa aus wissenschaftlichen Gründen, sondern aus Vorliebe für das Ungewöhnliche und Geheimnisvolle, mit Okkultismus, Spiritismus usw. befassen.

Eine für unsere Zeit typische Krankheit ist die traumatische Neurose. Es handelt sich hierbei um Beschwerden, die ein Verletzter empfindet, ohne daß ein objektiver Befund vorliegt. Offenbar wird diese Krankheit durch die Aussicht, eine Geldentschädigung zu erhalten, erzeugt. Erst seitdem das Unfallversicherungsgesetz bei vorhandener Erwerbsbeschränkung eine Rente zusichert, häuften sich die Fälle von traumatischer Neurose. Es sei jedoch bemerkt, daß sich die traumatische Neurose nicht nur bei Arbeitern, sondern auch bei sonstigen Verletzten, die auf eine Rente, z. B. nach Eisenbahnunfällen, rechnen, findet. Die zahlreichen Kriegsneurosen hingen häufig mit dem Wunsch, nicht mehr ins Feld geschickt zu werden, zusammen.

Weitere kulturelle Einwirkungen machen sich bei Psychosen und Neurosen im Zusammenhang mit dem Alkoholismus und den Geschlechtskrankheiten geltend, worüber in den beiden vorangegangenen Abschnitten bereits berichtet wurde.

Daß unser Verkehrs- und Wirtschaftsleben viel zu der Ausdehnung der Geistes- und Nervenkrankheiten beiträgt, ist unzweifelhaft. Man denke nur an den Lärm in den Straßen der Großstädte, auf Bahnhöfen, in Fabriken und an die geistige Anspannung in dem vielfach rücksichtslos geführten Wettbewerb. Dazu kommt, daß bei zahlreichen Menschen der Einfluß von Religion und Moral gesunken ist, und daß die Sucht

---

[1]) Manche dieser epidemischen Psychosen sind von zeitgenössischen Künstlern in Bildern veranschaulicht worden. Hingewiesen sei z. B. auf ein Bild in einem aus dem 10. Jahrhundert stammenden Gebetbuch des Kaisers Otto III.; hier sieht man eine ganze Schar von Besessenen. Pieter Brueghel d.Ä. (16. Jahrh.) hat eine Reihe von Tanzwütigen dargestellt.

[2]) Pelman: „Psychische Grenzzustände", Bonn 1909 (nach Angabe von Hoche).

nach nervenaufreizenden Schaustücken, nach den Tempeln der Venus und den Hallen des Gambrinus sich ständig vergrößert. Aber zahlenmäßige Angaben darüber, wie diese Zustände die Verbreitung der Nerven- und Geisteskrankheiten fördern, sind nicht vorhanden.

Wertvoll ist eine amtliche badische Übersicht[1]) über die in den Jahren 1904/10 erstmals in eine geschlossene staatliche Anstalt untergebrachten Geisteskranken, weil hier die Kranken nach dem Religionsbekenntnis und der Berufszugehörigkeit gegliedert wurden. Die wichtigsten Ergebnisse seien hier angeführt:

„Die Auszählung nach dem Religionsbekenntnis hat zu folgenden Ergebnissen geführt: Es entfallen auf 1000 Katholiken 3,7, auf 1000 Evangelische 4,2, auf 1000 Israeliten 7,6 und auf 1000 Anhänger sonstiger Bekenntnisse 8,6 Geisteskranke. Demnach sind die Israeliten erheblich stärker gefährdet als die Christen, bleiben aber hinter den Angehörigen der Sekten zurück. Die höhere Erkrankungsziffer der Evangelischen im Gegensatz zu den Katholiken ist vermutlich auf die verhältnismäßig stärkere Beteiligung der ersteren an den stärker gefährdeten freien Berufsarten zurückzuführen. Die höchste Erkrankungsziffer weisen die Anhänger der Sekten auf; bei einem Teil der letzteren ist nach dem Urteil namhafter Irrenärzte die Sektenzugehörigkeit nicht selten die Folge der geistigen Erkrankung bezw. der abnormen geistigen Veranlagung ....

Setzt man die auf jede Berufsabteilung entfallende Zahl von Kranken ins Verhältnis zur Gesamtzahl der entsprechenden Berufszugehörigen, wie sie nach der Berufs- und Betriebszählung vom 12. Juni 1907 vorliegen, so ergibt sich folgendes Bild: Auf 1000 der betreffenden Berufsabteilung angehörende Personen kommen Geisteskranke in der Landwirtschaft 4,1 (und zwar 4,6 beim männlichen und 3,6 beim weiblichen Geschlecht), in Gewerbe und Industrie 8,4 (7,2 bezw. 12,1), im Handel und Verkehr 10,6 (9,9 bezw. 12,1), bei den freien Berufsarten 12,1 (8,5 bezw. 25,3).

Danach sind von allen Berufsarten die Land- und Forstwirtschaft am wenigsten, die freien Berufe sowie Handel und Verkehr am meisten durch geistige Erkrankung gefährdet; in der Mitte steht die Berufsabteilung Gewerbe und Industrie. Dieses Ergebnis erscheint im Hinblick auf die die Angehörigen der freien Berufe bedrohende geistige Überanstrengung besonders beim männlichen Geschlecht ohne weiteres verständlich, wird aber auch durch die hohe Ziffer von Neurasthenie, einfacher Seelenstörung und Gehirnerweichung, die sich bei Angehörigen der freien Berufsarten findet, bestätigt. Der Alkoholismus, der beim männlichen Geschlecht bekanntlich häufiger als beim weiblichen vorkommt, steigt von der durchschnittlichen Verhältniszahl von 0,9‰ bei den Männern auf 3,7‰ in der Berufsabteilung Handel und Verkehr, bei welcher die Schankwirtschaften eingereiht sind. Der angeborene Schwachsinn (Imbezillität) erreicht seine höchste Ziffer (0,8‰) bei den unselbständig Erwerbstätigen in der Landwirtschaft, während er bei den in den freien Berufen selbständig Erwerbstätigen mit 0,06 am seltensten vorkommt. Die Erkrankungsziffer an Morphinismus, die für das männliche Geschlecht 0,03‰ beträgt, steigt bei den selbständig Erwerbstätigen in den freien Berufen auf 0,7‰; in Betracht kommen hierfür fast ausschließlich nur Ärzte.

Bemerkenswert ist die starke Gefährdung des weiblichen Geschlechts bei den freien Berufsarten (25,3 auf Tausend) und in Gewerbe und Industrie (12,1); es sind die Näherinnen, Schneiderinnen, Büglerinnen, Kontoristinnen, Maschinenschreiberinnen, deren Erkrankungsgefährdung besonders groß ist."

Zu diesen gewiß beachtenswerten Angaben ist jedoch zu bemerken, daß auch sie nur mit Vorsicht zu verwenden sind. Denn es ist möglich, daß bei Angehörigen der einen Berufsabteilung die Überweisung in eine Irrenanstalt häufiger durchführbar ist als bei einer anderen. Dazu kommt, daß die größere Zahl der Geisteskrankheiten bei einer bestimmten Berufsabteilung, z. B. bei den freien Berufsarten, nicht unbedingt ein Zeichen für die schädlichere Berufsarbeit zu sein braucht; sicherlich haben viele, deren geistige Eigenschaften sie für den freien Beruf fähig erscheinen ließen, eine Anlage zu psychischen Erkrankungen besessen. Erinnert sei an den Zusammenhang von Genie und Irrsinn.

Anzuführen ist nun noch, welche Einflüsse die Wohlhabenheit auf die Nerven- und Geisteskrankheiten ausübt. Nach der Bremer Statistik[2]) ist zwar im Alter von 30

---

[1]) Siehe Statist. Mitteil. ü. d. Großh. Baden 1913, Oktober.

[2]) Siehe Tafel 108 S. 350.

bis 60 Jahren die Sterblichkeit an Gehirnschlag und sonstigen Krankheiten des Nervensystems bei den Wohlhabenden geringer als bei dem Mittelstand, und bei diesem geringer als bei den Ärmeren, aber nach der Statistik der Gothaer Lebensversicherungsbank[1]) ist die Sterblichkeit infolge von Krankheiten des Gehirnes und Geisteskrankheiten bei den mit den kleinsten Summen Versicherten niedriger als bei den mit den mittleren Summen Versicherten, und bei diesen kleiner als bei den mit den höchsten Summen Versicherten.

Hingewiesen sei hier auch darauf, daß, wie auf S. 342 dargelegt wurde, die Eisenbahnbeamten häufiger an Nervenkrankheiten leiden, als die Eisenbahnarbeiter. Die gleichen Unterschiede zeigten sich zwischen den Angestellten und Arbeitern in Handelsbetrieben[2]).

Manche der vorstehenden Angaben veranlassen die Frage, ob die in gewissen Berufen und sozialen Schichten stärker zutage tretende geistige Arbeit, insbesondere die geistige Überanstrengung, zu Nerven- und Geisteskrankheiten führt. Hoche äußerte sich hierzu folgendermaßen:

„Der Gedanke liegt ja so nahe, daß Strapazen des Denkorgans schließlich zu einer Erkrankung führen könnten. Dieser Gedanke befriedigt in seiner unmittelbar einleuchtenden Art am ersten das Bedürfnis nach Verständnis; aber er ist nicht richtig; die ärztliche Erfahrung bestätigt ihn nicht. Etwas anderes ist es, wenn geistige Leistungen unter Gemütserschütterungen, Schlafmangel und ungenügender Ernährung vollbracht werden; dann allerdings können psychische Erschöpfungszustände eintreten. Auch an die üblen Folgen der sogenannten Überbürdung unter unseren heutigen durchschnittlichen Schulverhältnissen glaube ich nicht. Die Heranwachsenden, die den höheren Schulen erliegen, waren von vornherein zum Erliegen bestimmt und nicht geeignet für diesen Bildungsweg. Jedenfalls habe ich, so wenig wie andere Nervenärzte, jemals gesehen, daß ein normal veranlagter Mensch durch den Unterricht an sich geisteskrank geworden wäre."

Es bleibt schließlich zu erörtern, ob und in welcher Weise Sexualvorgänge auf die Verbreitung von Nerven- und Geisteskrankheiten einwirken. Auf die Maternitätsneurosen wurde schon oben (S. 220) hingewiesen. Die Frage, ob die infantile Erotik, die nach Ansicht des Wiener Psychoanalytikers Freud und seiner Schüler eine so große Rolle spielt, einen wesentlichen Einfluß auf die Entstehung von Krankheiten ausübt, ist noch ungelöst. Bemerkt sei, daß, wie Meirowsky fand, von den 5 bis 8 Jahre alten Kindern bereits 4%, von den 10 bis 11 Jahre alten schon 9,2% und von den 14 bis 15 Jahre alten 73% der Masturbation ergeben waren, und daß nach dem 15. Lebensjahr nur noch wenige verschont blieben; bei 23% zeitigte die Onanie schädliche Folgen. Über den Zusammenhang der Masturbation mit Krankheitserscheinungen äußert sich Gruhle folgendermaßen:

„Vor der Onanie habe man nicht allzuviel Angst. Es gibt wenige Männer, die nicht in ihrer Jugend einmal vorübergehend onaniert haben. Hier schädigt nur das Übermaß, aber auch dieses führt niemals, wie leider noch vielfach geglaubt wird, zu Rückenmarkskrankheit und geistigem Siechtum. Wenn doch einmal ein Junge exzessiv onaniert, so wird er nicht dadurch psychopathisch, sondern er verfällt dieser Sucht in diesem Grade, weil er psychopathisch ist."

* * *

H. Reiter, der bei den Kindern der Rostocker Hilfsschule die endogenen (ererbten) und exogenen (aus der Umwelt stammenden) Einflüsse auf den Schwachsinn geprüft und gefunden hat, daß der Vererbung die größte, allen anderen in Betracht gezogenen Einwirkungen aber nur eine geringe oder gar keine Bedeutung zukommt, gelangte zu dem Schluß, daß es unmöglich ist, den Schwachsinn zu verhüten, und daß die Hoffnung, durch

[1]) Siehe Literatur S. 353 Ziffer 5.

[2]) Siehe „Geschäftsbericht pro 1911 der Ortskrankenkasse für den Gewerbebetrieb der Kaufleute, Handelsleute und Apotheker zu Berlin".

Besserung der sozialen Umwelt oder Bekämpfung der verschiedenen Krankheiten etwas auf diesem Gebiete zu erreichen, keineswegs begründet erscheint. Wir müssen nun erörtern, wie weit die Ansicht auch gegenüber den sonstigen Nerven- und Geisteskrankheiten gilt, und mit welchen Maßnahmen man diese Leiden verhüten und die Kranken, soweit als möglich, bessern könnte.

Daß die Vererbung eine große Rolle bei den Nerven- und Geisteskrankheiten spielt, haben wir der Tafel 117 entnommen. Aber wenn auch den Kranken, die ihr Leiden ererbt haben, schwerlich zu helfen ist, so lassen sich doch Einrichtungen schaffen, daß die Zahl dieser ererbten Krankheiten geringer wird.

Wir haben bereits auf Seite 214 die Unfruchtbarmachung der geistig Minderwertigen erwähnt. Hierzu sind noch einige ergänzende Mitteilungen anzuführen.

Das sächsische Landesgesundheitsamt[1]) hat am 7. Mai 1924 einen Gesetzentwurf, betreffend die Unfruchtbarmachung Geisteskranker, Schwachsinniger und Verbrecher aus Anlage unter Erhaltung der Keimdrüsen beraten und angenommen. Dieser Entwurf ist von den sächsischen Ministerien des Innern und der Justiz an das Reichsministerium befürwortend weitergegeben worden.

Mit Rücksicht auf die strittige Rechtslage schlägt das sächsische Landesgesundheitsamt vor, im Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich Abschnitt 17 (Körperverletzung) soll hinter § 224 folgendes eingefügt werden:

„Eine strafbare Körperverletzung liegt nicht vor, wenn durch einen Arzt zeugungsunfähig gemacht worden ist, wer an einer Geisteskrankheit, einer dieser gleichzuachtenden anderen Geistesstörung oder an einer betätigten schweren verbrecherischen Veranlagung leidet oder gelitten hat, die nach dem Gutachten zweier hierfür amtlich anerkannter Ärzte mit großer Wahrscheinlichkeit schwere Erbschädigungen seiner Nachkommen erwarten läßt.

Der Eingriff muß mit seiner Einwilligung oder bei Unmündigen mit Einwilligung des gesetzlichen Vertreters und in beiden Fällen mit Zustimmung des Vormundschaftsgerichts vorgenommen worden sein. Als Gutachter können nur gelten ein Psychiater und ein in Eugenik und Rassehygiene erfahrener Arzt."

Die Unfruchtbarmachung, durch welche die Verbreitung von vererbbaren Geisteskrankheiten, des Schwachsinns und verbrecherischer Anlagen verhütet werden soll, kommt, wie es in der Begründung des Gesetzentwurfs heißt, in Frage vor allem bei: nachgewiesener Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein mit schweren klinischen Erscheinungen, Epilepsie mit deutlicher Gradausprägung, schwer entarteten Alkoholikern, schwerer degenerativer konstitutioneller Psychopathie, angeborenem Schwachsinn aus inneren Ursachen mit deutlicher erheblicher Gradausprägung und schweren Anlageverbrechern.

Zunächst soll, nach dem Gesetzentwurf, die Sterilisierung nicht zwangsweise, sondern freiwillig erfolgen. Bei nicht geschäftsfähigen Erbminderwertigen und Geisteskranken müßte deren gesetzlicher Vertreter zustimmen. Um jeden Mißbrauch zu verhüten, soll in jedem Fall für die Unfruchtbarmachung die Zustimmung des Gerichts, das einen Irrenarzt und einen in der Rassehygiene erfahrenen Arzt zu hören hat, erforderlich sein.

Diesen Gesetzentwurf hat der sächsische Amtsarzt Boeters[2]) angeregt. Allerdings ist Boeters in seinen Forderungen viel weiter gegangen als das Landesgesundheitsamt. Die Vorschläge Boeters wurden im „Ärztlichen Vereinsblatt" lebhaft erörtert und zum Teil bekämpft.

---

[1]) Nach einer Mitteilung in der Deutsch. med. Wochenschr. v. 25. VII. 24.

[2]) Siehe „Ärztliches Vereinsblatt" 1924 Nr. 1297; vgl. auch dazu die Erörterungen in den Nummern 1298—1305.

Man kann in Zweifel sein, ob mit einem Gesetz, das sich auf den freien Willen der in Betracht kommenden Kreise stützt, etwas erreicht werden wird, und es wird auch von mancher Seite bestritten, daß ein solches Gesetz gerechtfertigt ist. Beachtenswert ist vor allem die Ansicht des Berliner Psychiaters K. Bonhöfer, die wir bereits auf Seite 214 wiedergegeben haben.

Trotz dieser und anderer Einwände verdient der Gesetzentwurf volle Beachtung und sollte in allen deutschen Gliedstaaten eingehend erörtert werden.

Unbedenklicher als die operative Unfruchtbarmachung wäre, wie bereits auf Seite 215 bemerkt wurde, die Asylierung (Verwahrung). Hierüber sei noch folgendes mitgeteilt: Seitens der Zentrumspartei wurde am 6. Juni 1924 (Reichstagsdrucksache Nr. 198) ein Verwahrungsgesetzentwurf verlangt, „nach welchem Personen, die wegen geistiger Minderwertigkeit nicht nur eine Gefahr für die Allgemeinheit bedeuten und meist selbst elend zugrunde gehen, sondern auch dem Staat und den Kommunalverbänden fortgesetzt erhebliche Ausgaben auferlegen, nicht mehr in Gefängnissen, Arbeitshäusern, Irrenhäusern usw. untergebracht oder der Landstraße oder der Prostitution überlassen, sondern in menschenwürdiger Weise verwahrt werden, unter produktiver Verwertung ihrer oft beachtenswerten Leistungsmöglichkeiten". Ein „Entwurf eines Verwahrungsgesetzes" wurde bereits 1921 von H. Maier veröffentlicht und begründet.

Um die Nerven- und Geisteskrankheiten, die auf äußere Einflüsse zurückzuführen sind, zu verhüten, müssen die oben beleuchteten Umweltschäden nach Möglichkeit vermieden werden. Es gilt, den Alkoholismus und die Syphilis zu bekämpfen, die Großstadtzustände zu verbessern, das Luxusleben einzudämmen, vor der Unmoral zu warnen, die Neigung zum Mystizismus zu beseitigen und den politischen Unruhen ein Ende zu setzen.

Zu den durch die politischen Unruhen erzeugten Gefahren hinsichtlich der Verbreitung von Nerven- und Geisteskrankheiten sei noch angeführt, was Hoche 1910 dargelegt hat: „Jede Generation hat das störende Gefühl der inneren gefühlsmäßigen Zwiespältigkeit zwischen Altem und Werdendem gehabt, fast jede Zeit sich als eine unruhige Zeit des Überganges gefühlt." Hoche erwähnt dann weiter eine Stelle aus einem 1836 von Alfred de Musset veröffentlichten Roman, die lautet: „Toute la maladie du siècle présent vient de deux causes: le peuple qui a passé par 93 et par 1814 porte au coeur deux blessures. Tout ce qui était, n'est plus; tout ce qui sera, n'est pas encore. Ne cherchez pas ailleurs le secret de nos maux." Ich meine, daß diese Worte des französischen Schriftstellers auch für die gegenwärtigen Zustände im Deutschen Reiche gelten. Unser Volk befindet sich seit 1914 bis auf den heutigen Tag in einer Erregung, wie sie die gegenwärtige Generation vorher nicht gekannt hat: Wir leiden darunter, daß nicht mehr ist, was war, und daß noch nicht da ist, was kommen wird. Alles, was dazu dient, ruhige und dauernde politische Zustände zu schaffen, wird auch zur Verhütung von Massenpsychosen beitragen. Aber die geschichtlichen Hinweise von Hoche gewähren einen gewissen Trost, da sie lehren, daß auch frühere Generationen sich in ähnlicher Lage wie wir befunden haben, und daß die Gefahren für die Volksgesundheit nicht in dem Maße, wie man gefürchtet hatte, eingetreten sind.

Es muß jedoch nicht nur dahin gestrebt werden, Nerven- und Geisteskrankheiten zu verhüten, es müssen auch, im Sinne der sozialen Psychiatrie, Maßnahmen geschaffen werden, um die Erkrankten möglichst frühzeitig als solche zu erkennen und durch geeignete

Behandlung zu heilen. Zu diesem Zwecke müssen Beratungsstellen, vor allem im Zusammenhang mit den Irrenanstalten und Irrenkliniken, ins Leben gerufen werden. Es handelt sich hierbei, wie Römer 1921 mitteilte, um einen alten Wunsch, der aber nur vereinzelt verwirklicht wurde. Nach Angabe von Bundt entstand in Halle a. S. 1916 unter Leitung von dem Psychiater Anton eine Beratungsstelle für geistig abgeartete Kinder. Zugleich ist eine psychiatrische Aufklärungsarbeit erforderlich, „um das allgemeine Vorurteil gegen alles, was mit der Irrenanstalt zusammenhängt", zu beseitigen. Vor allem ist darauf hinzuweisen, daß durch frühzeitige Aufnahme in die Irrenanstalten, die über alle Mittel der Behandlung verfügen, Selbstmorde und Verbrechen verhütet werden.

Des weiteren muß für eine gute Pflege und Behandlung der Irren in den Anstalten gesorgt sein. Daran fehlt es jedoch wohl heutzutage in keinem Kulturstaate. Nötig ist dann aber auch, daß sich die öffentliche Fürsorge den oft schwer getroffenen Angehörigen der Geisteskranken und den aus den Anstalten entlassenen Geheilten oder Gebesserten zuwendet. Eine segensreiche Tätigkeit entfalten auf diesem Gebiete, wie M. Fischer dargelegt hat, „schon seit vielen Jahrzehnten die Irrenhilfsvereine, so auch der badische im Jahre 1872 von Roller[1]), dem ersten Direktor Illenaus, gegründete Verein".

Erforderlich sind ferner besondere Schulen für diejenigen schwachsinnigen Kinder, die noch bildungsfähig sind. Obwohl die ersten Anstalten für bildungsunfähige Schwachsinnige schon in der Zeit von 1830 bis 1840 entstanden, wurde die erste Hilfsschule erst 1867 in Dresden geschaffen. Während die Hilfsschule für die Imbezillen bestimmt ist, hat man nach dem Vorbild von Mannheim in einigen Städten für die Debilen, d. h. für Kinder mit dem leichtesten Grade von Schwachsinn, sog. Förderklassen eingerichtet. Nach Angabe von Bogusat sind zurzeit in etwa 300 deutschen Städten Hilfsschulen vorhanden. In diesen Schulen wird der Charakter- und Gemütsbildung besondere Aufmerksamkeit gewidmet. So gelingt es, daß viele von diesen Kindern, unter denen manche ein hohes Maß von Herzensgüte besitzen, zu immerhin einigermaßen brauchbaren Menschen erzogen werden.

Schließlich sei noch erwähnt, daß der Reichstag am 16. März 1921 eine Entschließung angenommen hat, wonach die Reichsregierung ersucht wird, „die Forschung auf dem Gesamtgebiet der Psychopathie mit allen Mitteln zu fördern und auf eine umfassende Psychopathenfürsorge unter besonderer Berücksichtigung der notwendigen erzieherischen Maßnahmen für psychopathische Jugendliche beiderlei Geschlechts hinzuwirken", und daß, nach Angabe von Bogusat, ein Reichsfürsorgegesetz für Geisteskranke geplant ist.

Literatur: *1.* **Bogusat:** *„Fürsorge für Geisteskranke, Schwachsinnige, Epileptiker und Psychopathen", Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspfl. i. Deutschen Reiche", herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 2.* **Bundt:** *„Psychopathenfürsorge", Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1921 Nr. 1. — 3.* **M. Fischer:** *a) „Denkschrift über den Stand der Irrenfürsorge in Baden", Karlsruhe 1909; b) „Soziale Aufgaben d. Irrenfürsorge u. allg. Fürsorgeorganisation", Sozialhyg. Mitteil. 1919 Heft 1 u. 2. — 4.* **Gaupp:** *„Über den Selbstmord", München 1910. — 5.* **Gruhle:** *„Fürsorge f. psychopathische Kinder", Abhandl. i. „Grundriß d. Gesundheitsfürsorge", 2. Aufl., herausg. v. M. Baum, München 1923. — 6.* **W. Hellpach:** *„Die geistigen Epidemien", Die Gesellschaft, herausg. v. Buber, Bd. 11, Frankfurt a. M. 1906. — 7.* **Hoche:** *„Geisteskrankheit und Kultur", Freiburger Prorektoratsrede, Freiburg i. B. 1910. — 8.* **H. Maier:** *„Verwahrungsgesetz", Schriften d. Deutschen Ausschusses f. Gefährdetenfürsorge Nr. 1, Karlsruhe i. B. 1921. — 9.* **Meirowsky:** *Siehe Literatur S. 393 Ziffer 13. — 10.* **Mönkemöller:** *a) „Psychopathische Konstitutionen", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; b) „Die geistigen Krankheits-*

[1]) Der berühmte Psychiater Chr. F. W. Roller ist der Sohn des auf S. 34 genannten J. C. Roller.

zustände d. Kindesalters", Aus Natur u. Geisteswelt Nr. 505, Leipzig 1922. — 11. **H. Reiter**, *gemeinsam mit* **H. Osthoff**: *„Die Bedeutung endogener und exogener Faktoren bei Kindern der Hilfsschule", Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. Bd. 94 Heft 2/3, Berlin 1921.* — 12. **H. Römer**: *a) „Über psychiatrische Erblichkeitsforschung", Arch. f. Rass.- u. Gesellschaftsbiolog. 1912 Heft 3; b) „Zur Reform der deutschen Irrenstatistik", Arch. f. soz. Hyg. 1914 Bd. 9 S. 308 ff.; c) „Über die sozialpsychiatrischen Aufgaben der Gegenwart", Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 1.* — 13. **W. Weygandt**: *a) siehe Literatur S. 405 Ziffer 24; b) „Soziale Lage und Gesundheit des Geistes und der Nerven", Würzb. Abh. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Medizin, Würzburg 1913, Bd. 14 S. 151 ff.*

7. Krüppelwesen.

Als „Krüppel" werden in dem preußischen Krüppelfürsorgegesetz, über das unten zu berichten ist, diejenigen Personen bezeichnet, welche „infolge eines angeborenen oder erworbenen Knochen-, Gelenk-, Muskel- oder Nervenleidens oder Fehlens eines wichtigen Gliedes oder von Teilen eines solchen in dem Gebrauche ihres Rumpfes oder ihrer Gliedmaßen nicht nur vorübergehend derart behindert sind, daß ihre Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird". Man sieht, daß zu den Krüppelkrankheiten, vom medizinischen Standpunkte aus betrachtet, recht verschiedenartige Leiden gezählt werden; gemeinsam ist ihnen die erwerbsbeschränkende Wirkung. Da es zu den Aufgaben der sozialen Hygiene gehört, die Erwerbsunfähigkeit mit allen durchführbaren Mitteln zu verhüten, so muß dieser Zweig der Gesundheitswissenschaft seine Aufmerksamkeit ganz besonders auch den Krankheiten zuwenden, von denen man weiß, daß sie die Arbeitsfähigkeit behindern oder gar ganz lähmen. Es sei jetzt schon bemerkt, daß man auf zwei Ziele hinsteuern muß: Es gilt, 1. die Entstehung von Krüppelleiden nach Möglichkeit zu vereiteln, und 2. in den vielen Fällen, wo dies nicht gelingt, die Krankheit auf das Mindestmaß einzuschränken und den Kranken durch ärztliche Behandlung und berufliche Erziehung körperlich und seelisch soweit zu fördern, daß er seiner Erwerbsfähigkeit nach die Leistungen von Gesunden tunlichst erreicht.

Die Fragen, mit denen wir uns mithin zu befassen haben, lauten: 1. Welche kulturellen Einflüsse führen zu Krüppelkrankheiten, und welche kulturellen Maßnahmen sind zur Verhütung dieser Leiden erforderlich? 2. Welche Einrichtungen sind zu treffen, damit die Personen, bei denen Krüppelkrankheiten nicht verhütet wurden bezw. nicht zu verhüten waren, eine möglichst volle Erwerbsfähigkeit erhalten?

Im Jahre 1906 wurde, auf Anregung von Biesalski, im Deutschen Reiche eine Zählung der unter 15 Jahre alten Krüppel durchgeführt. Man fand etwa 100000 verkrüppelte Kinder, von denen nach ärztlichem Urteil etwa 50000 der Aufnahme in einem Heim bedurften. Als häufigste Krüppelleiden wurden festgestellt: Lähmungen in 16,4, Tuberkulose in 15, Rückgratsverkrümmungen in 12,2, Rachitis in 9,5 und angeborene Hüftverrenkung in 8,6% der vorhandenen Fälle.

Man erkennt sogleich, daß durch geeignete Maßnahmen namentlich auf den Gebieten der Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse, der Mütter-, Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge sowie der Bekämpfung der Tuberkulose viele Krüppelleiden zu verhüten wären. Aber wir wissen aus den vorangegangenen Abschnitten, daß auf den genannten Gebieten noch schwere Mißstände herrschen und mithin eine erhebliche Verminderung der Krüppelzahl in absehbarer Zeit nicht zu erwarten ist. Dazu kommt, daß die Ursachen für viele Krüppelkrankheiten, insbesondere soweit sie auf angeborenen Miß-

bildungen, auf Verletzungen oder Nervenkrankheiten beruhen, sich niemals restlos vermeiden lassen werden.

Unzweifelhaft muß man diese vom Schicksal schwer getroffenen, körperlich verkrüppelten, aber geistig oft sehr regsamen Kinder soweit fördern, daß sie einen Beruf ergreifen können — wenn dies möglich ist. Und dies ist, infolge der großen Fortschritte, welche die Orthopädie gerade in der letzten Zeit errungen, sehr oft möglich.

Im Mittelalter[1]) überließ man die unbemittelten Krüppel ihrem Schicksal; mit Bettlern, Blinden und anderen Gebrechlichen mußten sie sich, was mehrfach von zeitgenössischen Künstlern auf Bildern dargestellt wurde, an mildtätige Menschen wenden, um ihr Leben fristen zu können. Unsere Abbildung 62 führt uns eine Schar von bettelnden Krüppeln, wie der Maler sie in der ersten Hälfte des 14. Jahrhunderts in der Bodenseegegend[2]) sah, vor Augen. Diese Zustände blieben bis ins 19. Jahrhundert hinein.



Abb. 62. Bettelnde Krüppel und Sieche. Gemälde i. d. Großen Heidelberger Liederhandschrift (14. Jahrh.).

Im Jahre 1832 rief, nach Angabe von L. Rosenfeld, der Menschenfreund Nepomuk v. Kurz in München eine Erziehungs-, Unterrichts- u. Bildungsanstalt für zwölf krüppelhafte Kinder ins Leben. Dies Beispiel wurde dann vielfach nachgeahmt; eine große Reihe von Krüppelheimen wurde auf dem Boden der konfessionellen Karitas geschaffen. Aber eine breitere Grundlage fand dieser Zweig der Fürsorge erst, als es der weit vorgeschrittenen orthopädischen Chirurgie gelang, in häufigen Fällen die Krüppelleiden durch geeignete Maßnahmen zu beseitigen oder erheblich zu verringern. Im Anschluß an die erwähnte Krüppelzählung vom Jahre 1906 wurde der Gedanke der vorbeugenden Krüppelfürsorge in weite und maßgebende Kreise getragen. In Berlin (1906), in Braunschweig (1908), in Heidelberg (1909), in Leipzig (1909), in Nürnberg (1912), in Würzburg (1913) usw. entstanden vortrefflich eingerichtete Krüppelheil- und -erziehungsanstalten. Besondere Verdienste hat sich hierbei die 1909 gegründete Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge, die durch den Zusammenschluß aller beteiligten Kreise entstand, erworben.

Der Weltkrieg erzeugte ein Heer von Schwerverletzten, für die gesorgt werden mußte. Aus diesen Bestrebungen zog man auch Nutzen für die Friedenskrüppelfürsorge. Biesalski äußerte sich hierüber folgendermaßen:

„Wir haben nicht nur gelernt, Kunstglieder zu bauen, die es uns ermöglichen, selbst Leute ohne Arme, ja selbst solche, die beide Arme im Schultergelenk verloren haben, dazu zu bringen, daß sie sich selbständig anziehen, essen und schreiben, also z. B. einen Aufsichtsposten bekleiden oder als Laufbursche in einer großen Fabrik tätig sein können, sondern wir haben auch noch auf vielen anderen Gebieten der Heilkunde zahllose Krüppelleiden, die früher eben unheilbar waren, zu bessern, ja manchmal vollkommen zu heilen gelernt. Ich erinnere an die Nervenverletzungen, die schweren Gelenkversteifungen und vieles andere mehr. Vor allem aber sind zwei wichtige Gebiete durch den Krieg erheblich entwickelt worden. Das ist erstens die Untersuchung über eine Be-

[1]) Über Geschichte und Entwicklung des Krüppelwesens findet man einige Angaben in dem „Führer durch den Ausstellungspavillon der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge auf der Intern. Hygieneausstellung Dresden 1911“.

[2]) Siehe Literatur S. 39 Ziffer 6. Vgl. auch Abb. 3 S. 24.

rufseignung, für die es heute gute und wertvolle psychologische Methoden gibt, wozu dann noch die Ausbildung geeigneter Berufsberater als eines Lebensberufes hinzukommt. Zweitens haben wir gelernt, daß wir selbst solche Krüppel, die für ein Handwerk nicht mehr zu erziehen sind, immerhin noch in der Teilarbeit der Industrie zu ausreichenden Löhnen bringen können .... Jeder Krüppel ist ein leuchtendes Beispiel dafür, daß man sich aus der schwersten Not erheben und befreien kann, wenn man es will. Hier liegt der Schwerpunkt: im Willen und in der Energie!"

Unsere Abbildung 63 veranschaulicht, was die neuzeitliche Orthopädie [1]) leistet. Der Knabe mit dem abgetragenen rechten Bein wäre in früherer Zeit sein ganzes Leben lang auf die Krücke angewiesen gewesen. Mit Hilfe des künstlichen Ersatzes kann er ohne Stock oder Krücke gehen; er hat, wie Biesalski mitteilt, die Orthopädie-Mechanik gelernt und ist voll erwerbsfähig.

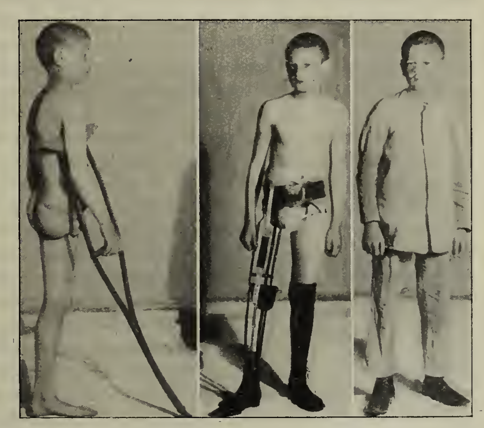


Abb. 63. Knabe mit Abtragung des rechten Beines in der Hüfte wegen Tuberkulose; künstlicher Ersatz des fehlenden Gliedes, wodurch das Gehen ohne Stock ermöglicht und das Fehlen des Beines unkenntlich wird.

Aus dem Bewußtsein heraus, daß man nunmehr durch geeignete Behandlung und Erziehung die Krüppel vielfach in weitem Umfange von der Hilflosigkeit zur Selbständigkeit führen kann, bestrebt man sich, die Krüppelleiden so früh wie möglich zu beseitigen. Denn je früher z. B. Klumpfuß und rachitische Verbiegungen behandelt werden, desto größer ist die Aussicht auf einen vollen Erfolg. Es gilt mithin, möglichst alle Krüppel rechtzeitig als solche zu erfassen und sie einer wirkungsvollen Fürsorge zuzuführen. Diese Ziele lassen sich nur mit Hilfe eines wohlerwogenen Gesetzes erreichen.

In Preußen wurde am 6. Mai 1920 ein Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge (Gesetzsamml. S. 280) geschaffen. Hiernach wird u. a. folgendes bestimmt: Unter Anlehnung an das Gesetz über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 werden die Landarmenverbände verpflichtet, für die Bewahrung nicht nur, wie bisher, der Geisteskranken, Taubstummen und Blinden, sondern nun auch der Krüppel, soweit sie der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Bei Krüppeln unter 18 Jahren umfaßt diese Fürsorge auch die Erwerbsbefähigung der Krüppel. Die Fürsorge der Krüppel unter 18 Jahren, die nicht der Anstaltspflege bedürfen, und die Maßnahmen zur Verhütung der Verkrüppelung gehören zu den Aufgaben der Land- und Stadtkreise. Ärzte, Hebammen, Krankenpflegepersonen und Lehrer, die in Ausübung ihrer Berufe bei Personen unter 18 Jahren Verkrüppelungen wahrnehmen, sind verpflichtet,

[1]) Das Bild ist dem von Biesalski verfaßten „Leitfaden der Krüppelfürsorge", Verlag L. Voß, Hamburg 1922, entnommen.

hiervon binnen einem Monat dem zuständigen Jugendamt Anzeige zu erstatten. Jeder Stadt- und Landkreis hat mindestens eine Fürsorgestelle für Krüppel zu schaffen oder sich einer solchen anzugliedern. In dieser Fürsorgestelle wird Beratung für Krüppel oder für solche Personen unter 18 Jahren erteilt, die der Gefahr der Verkrüppelung ausgesetzt sind. Die Beratungsstelle beantragt die Einleitung der notwendig erscheinenden Maßnahmen. Was unter einer Verkrüppelung im Sinne dieses Gesetzes zu verstehen ist, wurde bereits oben mitgeteilt. Das Gesetz trat am 1. Oktober 1920 in Kraft. Dem Beispiel von Preußen folgten Schaumburg-Lippe (1921) und Braunschweig (1922).

Das preußische Gesetz, das insbesondere der Anregung Biesalskis und des damaligen preußischen Landtagsabgeordneten A. Schloßmann (Düsseldorf) zu verdanken ist, stellt unzweifelhaft einen beachtenswerten Fortschritt dar. Bedauerlich ist aber, daß man, wie Bundt[1]) im September 1924 ausgeführt hat, Jahr für Jahr einzelne Altersklassen und einzelne Landesteile von der Verpflichtung zur Anstaltsbehandlung der Krüppel befreit hat. „So ist aus dem gut durchdachten Gesetz selbst ein Krüppel geworden, der nicht mehr in vollem Umfange imstande ist, die Absichten des Gesetzes auf Herstellung von Arbeitsfähigkeit und Lebensgenuß der Krüppel zu erfüllen."

Über die Durchführung des preußischen Gesetzes hat W. V. Simon u. a. folgendes geäußert: Die in dem Gesetz enthaltene Begriffsdeutung schließt mit den Worten „daß die Erwerbsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkte voraussichtlich wesentlich beeinträchtigt wird." Diese Deutung ist zwar gut, aber nur wenige Personen können beurteilen, welche Leiden voraussichtlich wesentlich die Erwerbsfähigkeit behindern werden. „Man kann dies", so schreibt Simon, „bei der immer noch mangelhaften Ausbildung der Ärzte in der orthopädischen Chirurgie noch nicht einmal von allen Ärzten erwarten, geschweige von Laien. Im allgemeinen werden die Laien mehr Fälle als Krüppelfälle melden als die Ärzte. Der wichtigste Grund hierfür scheint der zu sein, daß die vom Gesetz angeordnete Meldepflicht der Ärzte gegen das Berufsgeheimnis des Arztes verstößt. Ausnahmen sind bisher gemacht für die Meldungen an Krankenkassen und die Meldungen ansteckender Krankheiten. Doch handelt es sich in dem einen Fall um Bewilligung von Mitteln im Interesse des Betroffenen, im anderen Fall um das ureigenste Gesamtwohl der Bevölkerung. Bei Krüppelfällen ist jedoch beides nicht direkt der Fall. Es kommt noch hinzu, daß die Bezeichnung Krüppel bei den Kranken und besonders bei deren Eltern recht unbeliebt ist. Außerdem lieben weite Kreise des Publikums die Bevormundung des Staates oder der Kommunen nicht."

Hoffen wir, daß das gewiß bald wieder entkrüppelte Krüppelgesetz segensreich wirken und in ganz Deutschland nachgeahmt werden wird.

Literatur: *1.* **H. v. Bayer:** *„Aus dem Bereich der heutigen Orthopädie", Deutsche Revue 1922. — 2.* **M. Böhm:** *„Erfolge der modernen Orthopädie", Beihefte z. Med. Klinik 1912 Heft 8, Berlin 1912. — 3.* **K. Biesalski:** *a) „Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland", Hamburg 1909; b) „Verstaatlichung der Krüppelfürsorge", Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 1; c) „Leitfaden der Krüppelfürsorge", 2. Aufl., Leipzig 1922. — 4.* **Mommsen:** *„Knochen- und Gelenktuberkulose", Zeitschr. f. Krüppelfürsorge 1921 S. 46 ff. — 5.* **L. Rosenfeld:** *„Krüppelfürsorge", Art. i. Handw. d. Staatsw. Bd. 4, Jena 1923. — 6.* **A. Schlossmann:** *„Die öffentliche Krüppelfürsorge, das preußische Gesetz vom 6. Mai 1920 nebst Ausführungsbestimmungen", Berlin 1920. — 7.* **W. Schlüter:** *„Aus der Geschichte des Krüppeltums", Zeitschr. f. Krüppelfürsorge 1919 S. 8 ff. — 8.* **W. V. Simon:** *„Die Durchführung der Krüppelfürsorge", Klin. Wochenschr. 1924 Nr. 10.*

[1]) Siehe Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1924 Nr. 11 S. 369.

V. Umfassende Maßnahmen der kulturellen Hygiene.

1. Allgemeines.

Wir haben uns in den vorangegangenen Abschnitten mit den Hauptbestandteilen der sozialen Hygiene, mit den sozialhygienischen Zuständen einzelner Personenklassen und den Einflüssen der kulturellen Umwelt auf einzelne Krankheitsarten beschäftigt und hierbei bereits auch die jeweils erforderlichen Mittel, welche die vorhandenen Mißstände beseitigen oder mildern sollen, erörtert. Es müssen nun aber noch einige Maßnahmen geschildert werden, die nicht nur einem Teil der sozialen Hygiene oder einer Personenklasse gewidmet sind oder sich gegen eine Krankheitsart wenden, sondern so umfassend gestaltet sind, daß sie allen oder doch mehreren Gebieten des sozialen Gesundheitswesens zugleich dienen.

Bevor wir uns mit den einzelnen in Betracht kommenden Einrichtungen befassen, müssen wir einige allgemeine, grundlegende Fragen aufrollen.

Unsere Aufgabe war es, hauptsächlich die schädlichen Einflüsse der kulturellen Umwelt auf die Gesundheitszustände zu schildern. Wir haben uns daher im allgemeinen darauf beschränkt, die Nachteile der jeweiligen kulturellen Verhältnisse zu erörtern. Es wäre ja auch eine endlose Arbeit, wollte man zugleich alle Vorteile, welche die Kultur dem Gesundheitswesen gewährt, darlegen. In den Lehrbüchern der physischen Hygiene werden bekanntlich ebenfalls im allgemeinen nur die schädlichen Einflüsse der natürlichen Umwelt behandelt.

Es gilt nun, über die umfassenden Maßnahmen, mit denen man sich gegen die Schäden der kulturellen Umwelt wendet, zu berichten. Auch die Maßnahmen, mit denen man die Gefahren der natürlichen Umwelt bekämpft, stellen zwar von Menschen geschaffene kulturelle Mittel dar; aber sie richten sich nicht gegen Gesundheitsschäden der kulturellen Umwelt. Wasserleitungen, Anlagen für Bodenreinigung, Heizkörper, Desinfektionsanstalten, Impfungen usw. sollen uns vor Krankheiten, die von der Beschaffenheit der natürlichen Umwelt abhängen, schützen. Diese Mittel liegen daher im Gebiet der physischen Hygiene. Allerdings können sie gelegentlich zu Gegenständen der kulturellen Hygiene werden, nicht nur weil sie selbst Gebilde der Kultur sind, sondern vor allem auch, weil die Verallgemeinerung ihrer Anwendung an die kulturellen Verhältnisse gebunden ist. Ein Beispiel: Die Immunisierung mit Diphtherieserum ist ein Mittel, das gegen Gefahren der natürlichen Umwelt benutzt wird. Aber das Serum kostet Geld; wenn Unbemittelte in Gefahr sind, kann es daher nicht ohne weiteres angewendet werden. Eine Vorschrift, wonach das Diphtherieserum in bestimmten Fällen kostenlos geliefert wird, ist eine sozialhygienische Maßnahme. Das gleiche gilt z. B. von dem Impfgesetz. Es trifft in gewissem Sinne auch für die Beschaffung von einwandfreiem Wasser, Fleisch und anderen Nahrungsmitteln, für die Straßenreinigung, für die Abwässerbeseitigung usw. zu. Mit diesen und ähnlichen Einrichtungen wird sich gelegentlich auch der Sozialhygieniker zu beschäftigen haben; aber im allgemeinen gehören diese gesundheitstechnischen Maßnahmen, deren Wirkungen mit naturwissenschaftlichen

Methoden zu prüfen sind, nicht zu seinem Arbeitsgebiet. Es bleiben ja ohnedies für den Kulturhygieniker zahllose Aufgaben übrig.

Grotjahn hat wiederholt geäußert: „Zwischen dem Menschen und der Natur steht die Kultur." Dies Bild soll offenbar veranschaulichen, daß der von den natürlichen Umwelteinflüssen bedrohte Mensch durch kulturelle Maßnahmen geschützt werden kann. Grotjahn drückt hiermit nur den Kampf auf dem Gebiete der physischen Hygiene aus. Die Menschen werden jedoch nicht nur von der Natur, sondern auch von der Kultur bedroht, so daß man, um die Zustände in einem Bilde darzustellen, sagen muß: Der Mensch steht zwischen den Gefahren der Natur und der Kultur. Besonders wertvoll ist nun für uns das Bild, das F. A. Mai auf dem Titelblatt seines in den vorangegangenen Abschnitten vielfach angeführten Gesetzentwurfs dargeboten hat, weil es mit einem Schlage die kulturhygienische Gesamtfrage veranschaulicht und grundsätzlich beantwortet; man sieht, daß ein Kind, welches von einer Schlange bedroht wird, von einem Priester (Arzt) mit dem Schlangenstab Schutz erhält.. Der Sinn dieses Bildes ist: Gegen Unheil vorbeugende Hilfe, gegen Gift Gegengift, gegen kulturhygienische Mißstände kulturhygienische Maßnahmen.

Abb. 64



Kupferstich (wahrscheinlich) von Verelst (1802).

In den vorangegangenen Abschnitten haben wir dargelegt, was der Statistik über Geburten, Entwicklung, Krankheiten und Sterblichkeit zu entnehmen ist. Schon Quetelet[1]) sagte: „L'homme nait, se développe et meurt d'après certaines lois." Es gibt gewiß, mit Worten von Schiller ausgedrückt, „keinen Zufall, und was uns blindes Ohngefähr nur dünkt, gerade das steigt aus den tiefsten Quellen". Indessen, unsere Gesundheitsstatistik ist noch viel zu mangelhaft gestaltet, als daß man schon jetzt von hinreichend begründeten Gesetzmäßigkeiten auf allen Gebieten des Gesundheitswesens reden kann. Aber gewisse Rhythmen im Gesundheitswesen lassen sich fast immer erkennen. Diese Rhythmen werden von den Erbanlagen und der Umwelt bestimmt. Es ist die Aufgabe der kulturellen Hygiene, diese Rhythmen, soweit sich kulturelle Mißstände geltend machen, im gesundheitlichen Sinne möglichst ausgiebig zu ändern. Die von Quetelet angenommenen Gesetzmäßigkeiten bestehen zum großen Teil nur so lange, wie die Menschheit nicht ernsthaft und tatkräftig gewillt ist, die von ihr selbst erzeugten Gesundheitsschäden zu verhüten bezw. zu beseitigen. Die durch die kulturelle Umwelt hervorgerufenen oder bedingten Gefahren unterscheiden sich von denen der natürlichen Umwelt auch dadurch, daß die ersteren grundsätzlich jederzeit beseitigt werden könnten; nicht als ob man sofort die gegenwärtigen gesundheitsstatistischen Rhythmen vollkommen umzustoßen vermag, aber sie ließen sich zumeist sogleich günstig beeinflussen, wenn der Wille an den maßgebenden Stellen vorhanden wäre.

[1]) Nach Angabe von Altschul (siehe Literatur S. 353 Ziffer 1).

Wir müssen nun die Ziele unserer Maßnahmen angeben. Der Satz: „Das Ziel ist alles, der Weg ist nichts", hat für die Gesundheitspolitik keinen Sinn. Wer ein Ziel kennzeichnet, muß auch den Weg beschreiben, wofern er nicht für einen Phantasten gehalten werden will. Ziele zu benennen ist kinderleicht, aber einen gangbaren Weg zu finden ist oft sehr schwer. Vor einigen Jahren schrieb ein satirisches Blatt: „Die Sozialpolitiker meinen, ihr Ziel erst erreicht zu haben, wenn die Sterblichkeit der Glasbläser geringer ist als die Sterblichkeit der Sozialpolitiker." Man erkennt sogleich, daß hiermit die sozialhygienische Arbeit wegen ihrer Aussichtslosigkeit verspottet werden sollte. Es ist aber durchaus nicht unmöglich, die Sterblichkeitszahlen der Arbeiter, auch der Glasbläser, so zu verringern, daß sie sich von den Durchschnittsziffern der anderen Stände nicht unterscheiden. Man soll mithin sein Ziel nicht zu kleinmütig abstecken, aber man muß es andererseits als zwecklos bezeichnen, sich auf Ziele, die in absehbarer Zeit nicht erreicht werden können, zu beschränken.

Schon diese kurzen Bemerkungen zeigen, wie schwer es ist, bei der Angabe der Ziele das richtige Maß zu finden. Es ist nun die Aufgabe des Wissenschaftlers, der sich von der in der Propaganda vielfach anzutreffenden Einseitigkeit und Übertreibung fernhalten muß, alle Tatsachen und alle Gründe, jedes Für und jedes Gegen genau abzuwägen und zu würdigen, selbst auf die Gefahr hin, bei Urteilsunfähigen den Eindruck des Schwankens, des gesundheitspolitischen „Eiertanzes" wegen der häufigen „Aber andererseits" zu erwecken.

Wir haben oben (S. 6) das Recht auf Gesundheit als das wichtigste Ziel der sozialen Hygiene bezeichnet. Dies Ziel ist weit gesteckt, aber es ist nicht unerreichbar. Daß wir uns bereits auf dem Wege zu einem Gesundheitsrecht befinden, zeigen die (auf S. 211 und 246 angeführten) Artikel 119 und 120 der Reichsverfassung sowie der § 1 des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes (siehe S. 246). Auf diesem Wege müssen wir weiterschreiten. Während der Bemühungen um dies Recht darf jedoch, wie schon auf S. 7 betont wurde, nicht versäumt werden, alle verfügbaren Maßnahmen der hygienischen Erziehung und alle erfolgversprechenden Mittel der Selbsthilfe anzuwenden. Jeder Staatsbürger muß sich seiner Gesundheitspflicht bewußt sein, da sonst ein voller Erfolg von dem Gesundheitsrecht nicht zu erwarten wäre. So erforderlich das Gesundheitsrecht ist, so notwendig ist, daß die Leistungen, welche es verbürgen soll, nur beansprucht werden dürfen, wenn die eigene Vorsorge nicht ausreicht. Andernfalls würde das Verantwortungsgefühl beeinträchtigt werden, und die Mittel, mit denen man den wirklich Bedürftigen helfen will, würden bei weitem nicht genügen.

So stehen wir bereits vor der praktisch schwierigsten Frage, der Frage der Kostendeckung. Woher sollen die Mittel fließen, um das Recht auf Gesundheit zu verwirklichen?

Kant[1]) hat einmal gesagt: „Jedes Ding auf der Erde hat seinen Preis, seinen Marktpreis, nur der Mensch hat seine Würde." Hiermit ist ausgesprochen, daß es menschenunwürdig ist, die Verringerung der Sterblichkeit nach dem Geldeswert zu beurteilen, wie man dies häufig in nationalökonomischen und dann auch in hygienischen Lehrbüchern fand. Allein, unsere Behörden, die öffentliche Mittel zu verwalten haben, sind gewohnt, danach zu fragen, ob sich die Ausgaben bezahlt machen; auch die Maßnahmen zum Schutz der Gesundheit müssen im allgemeinen so viel einbringen, wie für sie ausgegeben wurde. Um das Leben eines einzelnen zu schützen, kann gelegentlich aus Mitgefühl auch eine

[1]) Nach Angabe von A. Mayer: „Gedanken und Vorschläge zum Ausbau der sozialen Fürsorge", Hyg. Rundschau 1919 Nr. 19 und 20.

hohe Summe gesammelt werden; wo es sich um große Volksschichten handelt, muß kühl gerechnet werden. Erwähnenswert ist, wie sich Pettenkofer, der sich bemühte zu zeigen, daß die Maßnahmen der Hygiene die beste Kapitalsanlage darstellen, hierzu geäußert hat:

„In den Fragen der öffentlichen Gesundheit genügt es nicht bloß, eine Ansicht zu haben und dieser gemäß Vorschriften zu erlassen, wie es in der ärztlichen Privatpraxis vielfach der Fall ist, wo nur der Arzt und der einzelne Kranke sich gegenüberstehen, sondern da muß jede Vorschrift auch streng begründet und erläutert werden, namentlich wenn die Organe des Staates und der Gemeinde diese Vorschriften oder Rezepte anzuordnen oder auszuführen haben, von deren Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit diese zuerst überzeugt sein müssen, denn sie dürfen nicht bloß aus persönlichem Vertrauen handeln, wie der einzelne Patient seinem Arzt gegenüber, sie sind der Allgemeinheit für solche Rezepte verantwortlich und müssen deshalb Gründe dafür verlangen."

Beim Bau von Luftschlössern kommt es, wie Gottfried Keller sich einmal ausdrückte, auf ein Mehr oder Weniger an Unkosten allerdings nicht an. Ein bezeichnendes Beispiel hierfür bietet ein von den kommunistischen Abgeordneten dem Reichstag am 23. Juli 1924 übermittelter Antrag (Reichstagsdrucksache Nr. 360). Hier wird die Verstaatlichung des gesamten Gesundheits- und Fürsorgewesens gefordert. Jeder Sozialhygieniker würde sich freuen, wenn wir baldigst diesen hygienischen Zukunftsstaat erhielten. Allein, es kam den Antragstellern bei dem Bau auch dieses Luftschlosses auf die Kosten nicht an; diese „werden aus allgemeinen Mitteln aufgebracht, zunächst durch Wegbesteuerung der großen Einkommen und Konfiskation der großen Vermögen". Man sieht, wie leicht es ist, ein Ziel anzugeben, aber wie schwer, einen gangbaren Weg zu beschreiben. Denn die von den Antragstellern vorgeschlagene Kostendeckung nach russischem Muster wird jetzt und in absehbarer Zeit weder in Deutschland noch in einem anderen Staate eine Mehrheit bei den gesetzgebenden Körperschaften finden. Damit ist zugleich das Urteil über die Möglichkeit, das gesamte Gesundheitswesen in absehbarer Zeit zu verstaatlichen, gesprochen.

Allerdings wären, um das Recht auf Gesundheit vollkommen durchzuführen, ebenfalls gewaltige Summen erforderlich; es kann deshalb hierbei nur schrittweise vorgegangen werden. Jadassohn[1]) hat gelegentlich der Beratungen über das Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten gesagt: „Die Hygiene ist eine ungeduldige Wissenschaft. Sie will Erfolge in unserer und den nächsten Generationen sehen." Diese Sätze widersprechen sich. Wenn die Hygiene damit zufrieden ist, daß erst die nächsten Generationen Erfolge sehen, so ist sie ja nicht so ganz ungeduldig. In der Tat, die Hygiene muß geduldig sein. Ich möchte auch hier, wie auf einem Kongreß[2]) im Jahre 1920, zwei Arten von Wegen, die zum Ziele führen, unterscheiden; den einen nenne ich „Weg als ob", den anderen „Weg besser als". Der „Weg als ob" beruht auf der Vorstellung, als ob sich alle Einrichtungen nach wissenschaftlichen und logischen Grundsätzen durchführen ließen. Aber wir wissen, daß es in der Welt nirgends nach völliger Gerechtigkeit, Wissenschaftlichkeit und Vernunft zugeht. Der Mensch hat noch nicht, um die Worte von E. Reich (S. 164) zu benutzen, das wilde Tier, den Esel und den Affen ausgezogen. Wir müssen daher zufrieden sein, wenn wir den anderen Weg beschreiten dürfen, den Weg, der uns zu besseren als den gegenwärtigen Zuständen führt. Auf diese Weise bewegt man sich langsam, aber man kommt doch vorwärts, wenn einmal das Ziel erkannt ist und man darauf achtet, den richtigen Weg nicht zu verlieren.

---

[1]) Siehe den „Bericht über die 45. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege", Deutsche Zeitschr. f. öffentl. Gesundheitspfl. 1924 Heft 1/2 S. 26 ff.

[2]) Siehe „6. Deutscher Kongreß für Säuglingsschutz Berlin 1920" S. 25, Berlin 1921.

Aus der Fülle der grundsätzlichen Fragen, die hier zu erörtern wären, seien nur noch zwei hervorgehoben. Es wurde schon oben (S. 329) bemerkt und wird noch unten betont werden, daß häufig Maßnahmen in einem Staate nur dann durchführbar sind, wenn sie auch in anderen Staaten getroffen werden, da der erstere sonst im wirtschaftlichen Wettbewerb beeinträchtigt werden könnte. Der Sozialhygieniker wird daher sein Augenmerk nicht nur auf die Zustände seines Volkes, sondern auch auf die anderer Völker zu richten haben und gegebenenfalls auf internationale Maßnahmen hinwirken müssen; aber im allgemeinen muß er sein Arbeitsgebiet national begrenzen, wenn er nicht ins Uferlose geraten will. Die Sorge für das eigene Land muß seine dringendste Aufgabe sein. Mit Recht hat der badische Dichter Emil Gött[1]) geschrieben: „Freilich, über dem Volk steht die Menschheit, aber man setzt das höhere Stockwerk nicht vor dem niederen."

Bei der kulturhygienischen Betätigung macht sich jedoch nicht nur die politische Stellungnahme, sondern auch die jeweilige Weltanschauung geltend. Zutreffend hat P. Jäger betont, daß wir nicht nur sozialhygienische Forderungen, sondern zu ihrer Durchführung auch Motivkräfte brauchen; diese aber hängen von der Gestimmtheit des innersten Lebens ab. Angesichts des Gegensatzes der Weltanschauungen erhebt sich auch, wie Fr. Walter dargelegt hat, die Frage: Welche Ethik darf für die kulturelle Hygiene maßgebend sein? Anders ist, so äußert er sich, die Stellung des Christentums, das alle Menschen als Gotteskinder zu lieben befiehlt, als die des Buddhismus, für welchen es eine Klasse von Rechtlosen, die Parias, gibt, und auch als die jener Rassehygieniker, denen der Einzelmensch nichts, die Rasse alles gilt. Daß der Sozialhygieniker, wenn er seine Aufgaben mit Freude lösen soll, einer einseitig individualistischen, egoistischen Ethik ab- und einer altruistischen Ethik zugeneigt sein muß, halte ich für sicher. Aber eine Bindung an eine bestimmte kirchliche Form ist hierbei nicht erforderlich. So wichtig eine festumschriebene religiöse Überzeugung gerade auf dem Gebiete der kulturellen Hygiene ist, so muß doch betont werden, daß auch bei einer Weltanschauung, die sich selbst religionslos nennt, eine wertvolle ethische und hygienische Betätigung erfolgen kann. Ein Beispiel hierfür ist der Hygieniker A. Geigel, der Mitarbeiter Pettenkofers; R. Geigel berichtet, daß sein Vater „voll und ganz Heide" war. Aber dieser „Heide" hat, begabt mit einem seltenen Fernblick und beseelt von echter Menschenliebe, schon 1874 folgende kulturhygienisch bedeutungsvolle Darlegungen veröffentlicht:

„Nicht bloß die materielle Lage der Arbeiter- und Fabrikbevölkerung muß gebessert werden, nicht bloß der Anhäufung eines furchtbaren Proletariats in den großen Städten gesteuert werden, nicht bloß die zahllosen in jenen Schichten der Gesellschaft heimischen gesundheitswidrigen Zustände, eine permanente Gefahr für das ganze Volk, schreien um Abhilfe, — auch auf der anderen Seite, bei der Klasse der Besitzenden, steckt eine Krankheit tief im Fleische, von schlimmer Art, schwer erkennbar. Man möchte sie den Materialismus des Erwerbs nennen. Jene schrankenlose Sucht nach Vermehrung des Eigentums, jener unermüdliche Erwerb um des Erwerbes willen, der in dem einzelnen nicht zur Ruhe gelangen kann, und wenn er hundert Lebensjahre erreichen würde, der völlig darauf vergißt, daß Arbeit und Erwerb nicht Selbstzweck, sondern nur die unerläßlichen Mittel zur Erreichung eines höheren Zieles bilden .... Es erscheint berechtigt, wenn wir uns die Frage vorlegen, ob sich nicht ein Kulturzustand denken lasse, bei dem jener extreme Unterschied zwischen Reich und Arm zum Vorteile Aller mehr ausgeglichen wäre, und trotzdem die Leistungsfähigkeit des Ganzen sich als höher gesteigert erwiese?"

Und schließlich noch ein Wort über die Aussichten auf Erfolg bei der sozialhygienischen Arbeit. Ein Plan kann vortrefflich ausgearbeitet und anscheinend leicht ausführbar

---

[1]) „Emil Götts gesammelte Werke", herausg. von R. Wörner, Bd. I S 154, München 1917.

sein; aber ob er verwirklicht wird, hängt vielfach von den mehr oder weniger zufälligen Umständen sowie dem Verständnis der maßgebenden Personen ab. Pettenkofer[1]) schrieb 1888 in einem Brief über den einstigen Münchner 1. Bürgermeister Erhardt: „Daß München tatsächlich eine gesunde Stadt geworden ist, sei wesentlich sein (Erhardts) Werk. Was helfe alle Theorie, wenn sich nicht Männer fänden, welche es verstehen, Verstandenes ins rechte Licht zu setzen und praktisch ins Leben einzuführen, was oft so unendlich schwierig sei.“ Wahrlich, die besten kulturhygienischen Gedanken nützen nichts, wenn sie in Büchern stecken bleiben und nicht ausgeführt werden. Auf dem Gebiete der kulturellen Hygiene muß daher der Wissenschaftler mit den maßgebenden Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens zusammenwirken, wenn er gesundheitliche Erfolge erzielen will. Hier treffen die Worte von Emerson zu: „Schöne Gedanken sind nicht besser als schöne Träume, wenn niemand sie ausführt“, hier gilt die Forderung von Plato: „Wer seinem Volke helfen will, muß die Kraft des Denkens mit dem Willen zur Tat vereinigen.“

Literatur: *1. **A. Geigel:** siehe die Fußnote 1 S. 11. — 2. **R. Geigel:** „Nikolaus Alois Geigel“, Aufsatz i. „Lebensläufe aus Franken“, herausg. v. d. Gesellsch. f. Fränkische Geschichte, München 1919. — 3. **Grotjahn:** siehe Literatur S. 8 Ziffer 6 c u. d. — 4. **P. Jäger:** siehe S. 14 Fußnote 3. — 5. **F. A. Mai:** siehe S. 33 Fußnote 1 und 2. — 6. **M. v. Pettenkofer:** siehe Literatur S. 123 Ziffer 25 b. — 7. **Scheler:** „Bevölkerungsprobleme als Weltanschauungsfrage“, Vortrag, siehe Bericht d. Verhandl. d. Bevölkerungspolitischen Kongreß der Stadt Köln 1921. — 8. **Fr. Walter:** siehe Literatur S. 8 Ziffer 16.*

2. Gesundheitsgesetzgebung und -verwaltung im Deutschen Reich und in den Gliedstaaten.

Man ist nicht nur von dem geforderten Recht auf Gesundheit noch weit entfernt, es fehlt auch in allen Staaten an einer zusammenfassenden Gesundheitsgesetzgebung, wie sie insbesondere F. A. Mai vorgeschwebt hat. Gegenwärtig sind die hygienisch wirkenden Vorschriften über die verschiedenartigsten Gesetze verstreut, so daß es oft selbst für den Fachmann schwierig ist, sich gehörig zu unterrichten. Eine zusammenfassende Gesundheitsgesetzgebung würde dagegen, wie ein Barometer, den jeweiligen Stand der kulturellen Hygiene leicht erkennen lassen. Der Staatsrechtslehrer Laband[2]) hat sich zwar dahin geäußert, daß man eine bunte, unübersichtliche Masse ohne inneren juristischen Zusammenhang bekäme, wollte man aus allen Gesetzen und Vorschriften des Reiches diejenigen Anordnungen zusammenstellen, die eine Beziehung zur Gesundheitspflege haben. Allein, an Unübersichtlichkeit kann die gegenwärtige Gestaltung nicht übertroffen werden. Überdies sind in manchen ausländischen Staaten, in Schweden (1874), in England (1875), in Frankreich[3]) (1902) und in Italien[3]) (1907) jeweils viele Gesetze, die dem Gesundheitswesen dienten, vereinigt worden. Befriedigen diese Zusammenfassungen auch noch keineswegs die vom gesundheitlichen Standpunkte aus zu stellenden Ansprüche — und dies gilt selbst für die umfangreichste dieser Gesetzgebungen, die italienische —, so stellen sie doch in systematischer Hinsicht einen Fortschritt dar. Dies sollte auch im Deutschen

[1]) Siehe „Hygiene und soziale Fürsorge in München“, herausg. vom Statist. Amt der Stadt München 1914.

[2]) Paul Laband: „Das Staatsrecht des Deutschen Reiches“ Bd. 3, Tübingen 1901.

[3]) Der Wortlaut der ausländischen Gesetze ist in den jeweiligen Jahrgängen der „Veröffentlichungen des Kaiserl. Gesundheitsamts“ wiedergegeben.

Reich dazu veranlassen, die ausländischen Vorbilder zu beachten und dann möglichst zu übertreffen. Wenn es gelungen ist, all die zahlreichen Gegenstände des Bürgerlichen Gesetzbuches, das am 1. Januar 1900 in Kraft getreten ist, zusammenzufassen und einheitlich für das ganze Deutsche Reich zu regeln, so scheint es keine unlösbare Aufgabe zu sein, nach diesem Muster auch auf dem Gebiete des deutschen Gesundheitswesens zu verfahren.

Die Reichsverfassung vom 16. April 1871 bestimmte im Artikel 4:

„Der Beaufsichtigung seitens des Reichs und der Gesetzgebung desselben unterliegen die nachstehenden Angelegenheiten:

15. Maßregeln der Medizinal- und Veterinärpolizei."

Durch diese Bestimmung war jedoch die Zuständigkeit der Landesbehörden auf dem Gebiet der Gesundheitsgesetzgebung durchaus nicht aufgehoben, solange das Reich von seiner Befugnis keinen Gebrauch machte. Im Hinblick darauf, daß die hygienische Wissenschaft, auf welche sich eine erfolgversprechende Gesundheitsgesetzgebung stützen muß, damals noch in den Kinderschuhen steckte und dem Reich eine aus Fachleuten bestehende Behörde fehlte, war es schwer, die erforderlichen Gesetze sogleich zu schaffen.

Im Zusammenhang mit dem Impfgesetz vom Jahre 1874 wurde, wie schon auf S. 38 mitgeteilt wurde, das Reichsgesundheitsamt 1876 ins Leben gerufen; im Anschluß an das S. 360 erörterte Seuchengesetz vom 30. Juni 1900 wurde dann der Reichsgesundheitsrat gebildet. Von den sonstigen hygienisch wirkenden Reichsgesetzen, die aus der Vorkriegszeit stammen, sind noch zu nennen: das Gesetz vom 14. Mai 1879 betreffend den Verkehr mit Nahrungsmitteln (siehe S. 38), die schon 1869 begonnene Arbeiterschutzgesetzgebung (siehe S. 327 ff.) und die Sozialversicherung, die noch in einem besonderen Abschnitt behandelt werden wird.

Die wissenschaftlichen Leistungen des Reichsgesundheitsamtes waren groß; erwähnt sei nur, daß in seinen Laboratorien u. a. Koch den Tuberkelbazillus und Schaudinn den Syphiliserreger entdeckt haben. Von Wert sind auch die von diesem Amt herausgegebenen „Veröffentlichungen", die ständig über die Gesundheitsstatistik und alle gesundheitlichen Maßnahmen der in- und ausländischen Staaten unterrichten. Aber diese Arbeiten des Reichsgesundheitsamts und des ihm angegliederten Reichsgesundheitsrates genügten den Ansprüchen, die man an den Ausbau der Gesundheitsgesetzgebung stellen mußte, nicht; der Grund hierfür lag vor allem darin, daß die Befugnisse dieser Körperschaften unzulänglich gestaltet waren. Denn der Reichsgesundheitsrat trat nur zusammen, wenn das Reichsgesundheitsamt ihn berief; von sich aus konnte er niemals einen Vorschlag unterbreiten. Und ebenso durfte das Reichsgesundheitsamt nur antworten, wenn es vom Reichsamt des Innern befragt wurde; es konnte nicht von sich aus die Reichsregierung zu einem Gesetz anregen oder hiermit an die Öffentlichkeit treten.

In den deutschen Bundesstaaten wurde zwar bald hier, bald dort diese oder jene hygienische Einzelfrage durch die Gesetzgebung erledigt; aber im allgemeinen war die Organisation des Gesundheitswesens in den Einzelstaaten und in den meisten Gemeinden ähnlich mangelhaft gestaltet wie im Reich.

Auf den Gebieten der Nahrungsmittelpolizei und vor allem der Seuchenbekämpfung wurden allerdings, wie wir gezeigt haben, große Erfolge, namentlich auch während des Weltkrieges, erzielt. Die Vertreter der physischen Hygiene, insbesondere die Leiter der hygienischen Institute der Universitäten, sahen sich daher nicht veranlaßt, auf eine wesentliche Neugestaltung der Reichsgesundheitsgesetzgebung hinzuwirken.

Die Anregungen zu grundlegenden Änderungen gingen von den Sozialhygienikern aus. In dem am 10. August 1915 ausgegebenen Heft des „Archiv für soziale Hygiene“ schlug W. Hanauer vor, eine Deutsche Gesellschaft für soziale Hygiene zu gründen; diese sollte aus Ärzten, Statistikern, Vertretern der Sozialversicherung, Gewerbeaufsichtsbeamten, Nationalökonomen usw. bestehen und namentlich auch auf die Gesetzgebung und Verwaltung einwirken. Dieser Vorschlag ist jedoch, trotzdem entsprechende Vorarbeiten in die Wege geleitet wurden, nicht verwirklicht worden.

Einen anderen Weg betrat A. Fischer. Auf einer im Oktober 1915 im Reichstagssitzungssaal veranstalteten Tagung[1]) verlangte er, in Anlehnung an F. A. Mai[2]) und Lorenz von Stein[3]), das Recht auf Gesundheit; in einem Vortrag, den er in einer politischen Versammlung zu Karlsruhe hielt und dessen Inhalt in dem am 14. Januar 1916 erschienenen Heft des „Archiv für soziale Hygiene“ veröffentlicht wurde, forderte er eine große nationale und soziale Partei, die ein umfassendes Hygienegesetz anstreben soll. Auf die Werbetätigkeit von A. Fischer hin wurde am 8. Februar 1916 die Badische Gesellschaft für soziale Hygiene, die für Baden, nach Art des genannten Vorschlages von Hanauer, die Gesetzgebung und Verwaltung beeinflussen soll, gegründet.

Im Juli 1917 unterbreitete aber A. Fischer, da eine wirkungsvolle Hygienegesetzgebung vom Reich ausgehen muß, dem Präsidenten des Reichsgesundheitsamtes den Vorschlag, ein aus geeigneten Mitgliedern bestehendes Reichsgesundheitsparlament zu berufen; dies sollte die Befugnis erhalten, nicht nur zu etwa beabsichtigten neuen Hygienegesetzen Stellung zu nehmen, sondern auch derartige Gesetzesentwürfe anzuregen. Der Präsident des Reichsgesundheitsamtes hielt diesen Weg nicht für gangbar und verwies zur Erreichung des beabsichtigten Zweckes auf den Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, dessen Neugestaltung im Sinne der sozialhygienischen Bestrebungen (statt der Gründung einer Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene) beabsichtigt war. Auf Vorschlag von A. Fischer leitete der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1919 gelegentlich der Bildung eines Großen Ausschusses ein Gesundheitsparlament in die Wege; zahlreiche maßgebende Körperschaften und Einzelpersonen aller in Betracht kommenden Arten hatten sich schriftlich bereit erklärt, hierbei mitzuwirken. Im letzten Augenblick scheiterte jedoch dieser Plan.

Im Oktober 1917 veröffentlichte Rapmund, der Vorsitzende des Deutschen Medizinalbeamtenvereins, Vorschläge, wie das öffentliche Gesundheitswesen im Deutschen Reich umzugestalten ist; er forderte eine Reihe von Gesundheitsgesetzen und die Schaffung eines besonderen Reichsamts für Volksgesundheit mit einem Mediziner an der Spitze. In ähnlichem Sinne äußerte sich kurz darauf Schwalbe, der Herausgeber der „Deutschen medizinischen Wochenschrift“. Es folgten dann noch während des Weltkrieges zahllose Aufsätze, die sich mit der Frage der Verstaatlichung des Heilwesens und (im Zusammenhang hiermit) des Gesundheitswesens beschäftigten.

Die Verfassung des Deutschen Reichs vom 11. August 1919 brachte im Verhältnis zu der vorigen Verfassung manche Fortschritte. Wünschenswert wäre allerdings gewesen, daß man, wie für Rechtspflege, Religion, Bildung, Schule und Wirtschaftsleben,

---

[1]) Siehe Fußnote 2 S. 5.
[2]) Siehe Fußnoten 1 und 2 S. 33.
[3]) Siehe Fußnote 1 S. 5.

auch für Gesundheitspflege[1]) einen besonderen Abschnitt gebildet hätte. Statt dessen sind die das Gesundheitswesen betreffenden Bestimmungen in den verschiedenartigsten Artikeln enthalten. Im Artikel 7 heißt es, daß das Reich die Gesetzgebung hat u. a. über: 7. Die Bevölkerungspolitik, die Mutterschafts-, Säuglings-, Kinder- und Jugendfürsorge; 8. Das Gesundheitswesen ... Die Artikel 119—121 befassen sich, wie schon auf S. 211 und 246 mitgeteilt worden ist, mit dem Schutz der Familie, besonders der kinderreichen Familien, und der Mutterschaft, mit der Erziehung des Nachwuchses zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit sowie mit der Fürsorge für die unehelichen Kinder. Dem Wohnungswesen (siehe S. 150) dient der Artikel 155, und die Artikel 157, 159 (siehe S. 330) und 161 beschäftigen sich mit dem Schutz der Arbeitskraft.

Im Zusammenhang mit der Reichsverfassung wurden das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz und im Anschluß hieran die Verordnung über die Fürsorgepflicht geschaffen; hierüber wird jedoch erst in dem nächsten Abschnitt berichtet.

Den (auch von der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 9. April 1919 geäußerten) Wünschen, ein Reichsgesundheitsministerium zu schaffen, ist die Reichsregierung bis jetzt nicht nachgekommen, obwohl im Reichstage wiederholt, leider immer nur von Abgeordneten der äußersten Linken, entsprechende Anträge gestellt wurden. Am 17. Oktober 1919 lehnte der Reichsminister des Innern in der Nationalversammlung die Bildung eines Reichsgesundheitsministeriums ab, ließ aber durch das „Berliner Tageblatt" vom 22. November 1919 mitteilen, daß die Arbeiten für die Gesetzentwürfe zur Bekämpfung der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten sowie des Alkoholismus und zur Regelung des Irrenwesens aufgenommen sind. Als in der Reichstagssitzung vom 16. März 1921 wieder ein Reichsministerium für Volksgesundheit gefordert wurde, erwiderte der Reichsminister des Innern folgendes:

„Wären wir ein Einheitsstaat, in dem es möglich wäre, von einer einheitlichen Spitze aus das gesamte Gesundheitswesen zu beeinflussen, auf diesem Gebiete zu drängen und Maßnahmen durchzusetzen, dann würde es zweckmäßig sein, dafür zu sorgen, daß diese Maßnahmen in die Hand dieser einheitlichen Spitze gelegt würden. Tatsächlich sind wir ja leider auf dem Gebiete des Gesundheitswesens fast nichts wie eine Gesetzgebungsmaschine, alles weitere, alle Ausführungsmaßnahmen sind Angelegenheit der Länder, und die Durchführung der Maßnahmen muß deshalb von der Verwaltung der Länder gewährleistet werden. Ich fürchte deshalb: jeder Versuch, die Zahl der Ministerien noch durch ein Reichsgesundheitsministerium zu vermehren, wird keinen vollen Erfolg zeitigen können. Gesetzgeberisch ist das Reichsgesundheitsamt — ich darf das wohl hervorheben — nach meiner Ansicht völlig auf der Höhe. Es hat die besten Fachmänner zu seiner Verfügung, und was auf dem Gebiet der Gesetzgebung geschehen muß, kann und wird durch das Reichsgesundheitsamt geschehen, und es könnte besser ganz gewiß nicht durch einen besonderen Minister geschehen. Für diese Fragen ist es ohne ausschlaggebende Bedeutung, welche Vorbildung ein Minister hat.

Ein Reichsgesundheitsministerium würde sich in seinen Aufgaben und in der Gesetzgebung heute auch mehrfach mit anderen Ministerien überschneiden, so mit dem Arbeitsministerium, dem fast die gesamte Sozialpolitik untersteht, das auch die Wohnungsfrage zu regeln hat, ferner mit dem Ernährungsministerium. Man darf doch nicht vergessen, daß die Pflege der Gesundheit nicht eigentlich ein Stoff ist, der abgetrennt von anderen Stoffen bearbeitet werden kann, sondern daß sie eine Tendenz ist, die die gesamte Gesetzgebung zu durchdringen hat, die also im Wohnungswesen, im Ernährungswesen, in der Sozialpolitik, in der Arbeiterfürsorge und vielen anderen Maßnahmen hervortreten muß. Also in allen Ministerien muß, genau so wie der sozialpolitische Geist, auch der Geist herrschend sein, der Verständnis für die Aufgaben der Hygiene hat; sonst werden alle die gesetzgeberischen Aufgaben, deren Lösung den einzelnen Ministerien obliegt, falsch und unrichtig gelöst werden.

Die Gesetze, die vermißt worden sind, sind zum Teil bereits beim Reichsrat, wie das Gesetz über die Geschlechtskrankheiten, das sich seit März 1920, also seit 1½ Jahren, beim Reichsrat be-

---

[1]) Auf S. 210 wurde erwähnt, welche Ansprüche Lenz an die Verfassung stellt.

findet, während die Gesetze über die Tuberkulosefürsorge und über die Trunksucht in Vorbereitung sind und, wie ich hoffe, in absehbarer Zeit an den Reichstag werden gelangen können."

Zu diesen Darlegungen äußerte sich Rapmund in der „Zeitschrift für Medizinalbeamte" vom 5. April 1921 in folgender Weise:

„Gerade die Schlußworte des Herrn Ministers beweisen so recht schlagend die Notwendigkeit eines Reichsgesundheitsministeriums. Ein größeres Testimonium paupertatis konnte sich der Herr Minister nicht geben, als durch das Zugeständnis, daß seit 1½ Jahren (!!) ein von ihm ausgearbeitetes Gesetz, über dessen Dringlichkeit wohl kein Zweifel herrscht, beim Reichsrat ruht und es ihm bisher noch nicht gelungen ist, dieses aus seinem Winterschlaf aufzuwecken. Mit dem Tuberkulose- und anderen derartigen Gesetzen geht es nicht besser; sie sollen schon seit Jahren in absehbarer Zeit an den Reichstag gelangen; unter „absehbarer Zeit" scheint aber der Herr Minister etwas ganz anderes zu verstehen, als sonst üblich ist; nach dem bisherigen Verlauf der Dinge kommt man fast zur Ansicht, er könnte darunter „ad calendas graecas" gemeint haben. Was er dann in bezug auf die Aufgaben des Reichsgesundheitsministeriums gesagt hat, ist insofern zutreffend, daß diese mehrfach mit anderen Ministerien, namentlich mit dem Arbeitsministerium und dem Ernährungsministerium, sich überschneiden. Wir stehen aber auf dem Standpunkt, daß z. B. ein Ernährungsministerium viel überflüssiger ist als ein Gesundheitsministerium; denn die Ernährung bildet einen Teil der öffentlichen Gesundheit und kann deshalb recht gut einem Gesundheitsministerium zugeteilt werden; dasselbe gilt von der dem Arbeitsministerium jetzt unterstehenden Sozialpolitik. Die Errichtung eines Gesundheitsministeriums würde somit auch keine Vermehrung von Zentralbehörden bringen. Der Herr Minister irrt endlich auch, wenn er die Reichsregierung lediglich als eine Gesetzgebungsmaschine auf dem Gebiete des Gesundheitswesens bezeichnet; denn ihm liegt nach Art. 7 der Verfassung nicht bloß die Gesetzgebung über die Gesundheit ob, sondern er hat nach Art. 14 auch die Aufsicht und Überwachung darüber, daß die von ihm gesetzgeberisch getroffenen Maßnahmen auch richtig ausgeführt werden; dazu gehört aber schon jetzt eine „einheitliche Spitze", während der Herr Minister in dieser Hinsicht ebenfalls nur auf spätere Zeiten vertröstet, d. h. ad calendas graecas."

Den Ausführungen Rapmunds wird man im wesentlichen zustimmen. Aber man muß doch hier betonen, daß es bedauerlicherweise, um solche Forderungen, die das Gesundheitswesen des Reichs betreffen, mit Erfolg durchzuführen, an einer einflußreichen gesundheitspolitischen Organisation fehlt. Das von vielen Seiten gewünschte und begrüßte Reichsgesundheitsparlament wäre die geeignete Körperschaft gewesen, um auf die Bildung eines Reichsgesundheitsministeriums mit gehörigem Nachdruck einzuwirken. Der Plan, ein solches Parlament zu schaffen, wurde jedoch gerade von Rapmund (allerdings auch von Albrecht und Christian, den Vertretern der jetzt aufgelösten Zentralstelle für Volkswohlfahrt) scharf, und wie man jetzt wohl einsehen wird, zum Schaden des deutschen Gesundheitswesens bekämpft.

Nachdem es nicht gelungen ist, auf dem Wege über einen Verein ein Gesundheitsparlament zu schaffen (wie es der Präsident des Reichsgesundheitsamtes für zweckdienlich bezeichnet hat), muß jetzt der ursprüngliche Vorschlag von A. Fischer, daß eine Reichsbehörde ein solches Parlament beruft, erneuert werden. Wie notwendig ein Reichsgesundheitsparlament ist, ergibt sich aus folgenden Gedankengängen: Im Januar 1921 hat der Reichstag beschlossen, die Eingabe der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene betreffs eines besonderen Gesetzes zur Einführung der Familienhilfe als Pflichtleistung der Krankenkassen der Reichsregierung zur Berücksichtigung — das ist die beste Aufnahme, die eine Eingabe im Reichstag finden kann — zu empfehlen. Aber was geschah dann weiter? Kümmerte sich nun der Reichstag darum, welche Schritte die Reichsregierung unternimmt? Keineswegs. Wir werden in dem Abschnitt „Sozialversicherung" sehen, daß die Regierung nicht gewillt ist, die Familienhilfe als Pflichtleistung zu gestalten. Ein Reichsgesundheitsparlament, das nicht mit den zahlreichen vom Reichstag zu lösenden Aufgaben der äußeren

und inneren Politik belastet ist, hätte darüber gewacht, daß die sozialhygienischen Beschlüsse der Volksvertreter von der Volksregierung verwirklicht werden.

Die Gesundheitsverwaltung in den einzelnen deutschen Gliedstaaten[1]) ist sehr verschiedenartig gestaltet. Der Raum verbietet es, hierauf näher einzugehen. Nur sei betont, daß während mehrere ausländische Staaten, z. B. England, Rußland, Polen, Tschechoslowakei, Gesundheitsministerien besitzen, kein deutscher Staat bisher diesen Beispielen gefolgt ist. Überall bestehen in den deutschen Ländern nur einem Minister untergeordnete Medizinalabteilungen oder gar nur Medizinalreferenten. Hervorzuheben ist aber, daß in Württemberg 1919 ein Landesgesundheitsrat gebildet wurde; die Mitglieder haben u. a. auch das Recht, die Beratung gesundheitlicher Fragen anzuregen. Hiermit ist also eine Art Gesundheitsparlament geschaffen worden. In Preußen wurde 1921 ein Landesgesundheitsrat ins Leben gerufen; auch er kann dem Minister Vorschläge zur Abstellung von Mängeln machen und neue Maßnahmen anregen. Aber von der Tätigkeit dieser Körperschaften ist bisher nur wenig bekanntgeworden. Wie Bundt[2]) im September 1924 anführte, sind Sitzungen des Preußischen Landesgesundheitsrates seit über Jahresfrist nicht mehr einberufen worden. Einrichtungen, die lediglich auf dem Papier stehen, haben keinen Wert.

Mit den Gesundheitsbehörden der Städte und Kreise befassen wir uns in dem nächsten Abschnitt.

Literatur: *1.* ***Christian:*** *„Gesundheitsparlamente", Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 33. — 2.* ***A. Fischer:*** *a) „Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung", Sammlung Göschen Nr. 749, Berlin 1914; b) siehe Literatur S. 8 Ziffer 4 b; c) „Sozialhygienische Zukunftsaufgaben", Deutsch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 17; d) „Gesundheitsparlamente", Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 29; e) „Ein deutsches Gesundheitsparlament", Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 37. — 3.* ***W. Hanauer:*** *„Die Gründung einer Deutschen Gesellschaft für soziale Hygiene", Arch. f. soz. Hyg. u. Demograph. 1915 Bd. 11 Heft 1. — 4.* ***O. Rapmund:*** *„Die Notwendigkeit einer Umgestaltung der Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens im Deutschen Reich", Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1917 Nr. 19. — 5.* ***J. Schwalbe:*** *„Zur Neuordnung des Gesundheitswesens im Reich und in Preußen", Deutsch. med. Wochenschr. 1917 Nr. 42 u. 43. — 6.* ***G. Seiffert:*** *a) „Bayerns Gesundheitswesen in Frieden und Krieg", Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 28; b) „Der Ausbau der sozialhygienischen Fürsorge in Bayern", ebenda Nr. 45.*

3. Gesundheitsfürsorge in Kreisen und Städten.

Wie man im Reich und in den Gliedstaaten Gesundheitsministerien mit Ärzten an der Spitze verlangen muß, so sind für die kleineren Verwaltungsgebiete, die Kreise und Städte, entsprechende von Ärzten geleitete Ämter zu fordern.

Um die gegenwärtigen Zustände auf diesem Gebiete zu verstehen und dann zu einem Urteil darüber, welche Maßnahmen man zurzeit treffen soll, zu gelangen, müssen wir auf unsere Darlegungen in dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" (S. 27, 32 und 34) zurückgreifen.

Wir sahen, daß es schon im Mittelalter nicht nur Ärzte, die von den Regierenden angestellt waren, sondern auch Stadtärzte gab. Im 18. Jahrhundert entwickelten sich die Medizinalordnungen und brachten u. a. Bestimmungen über die Aufgaben der staatlich

[1]) Ausführliche Angaben hierüber bietet B. Möllers in seinem Werk „Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche", Berlin 1923.

[2]) Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1924 Nr. 11.

besoldeten Ärzte (Physici); lediglich in ihren Händen lag dann die Überwachung der Gesundheitszustände in den jeweiligen Amtsbezirken. Zu den zahlreichen und verschiedenartigen Obliegenheiten der Physici gehörte die medizinische Ortsbeschreibung, von der ein wesentlicher Teil auch der Bericht über die Einflüsse der Kultur auf die Gesundheitsverhältnisse war. Die Kreis- (Bezirks-) Ärzte waren Gesundheitsbeamte, Gerichtsärzte und Heilärzte. Als Gesundheitsbeamte befaßten sie sich mit Recht, entsprechend der Seuchengefahr, die ehemals bestand, hauptsächlich mit der Verhütung der übertragbaren Krankheiten. Diese Tätigkeit gestaltete sich ganz besonders erfolgreich, als die Bakteriologie die wissenschaftlichen Unterlagen für die gesundheitspolizeilichen Maßnahmen zeitigte. Die hygienische Wirksamkeit der Amtsärzte[1]) schloß sich, wie gar nicht anders zu erwarten war, eng an die Lehren der Hygienischen Institute an; wie diese sich fast nur mit den Einflüssen der physischen Umwelt befaßten, so beschäftigten sich die ärztlichen Gesundheitsbeamten im allgemeinen hauptsächlich mit der Seuchenbekämpfung und anderen gesundheitspolizeilichen Aufgaben.

Um die Wende des 19. Jahrhunderts herum begann sich aber, wie wir gesehen haben, die soziale Hygiene als Wissenschaft zu entwickeln. Man erforschte die Einflüsse der sozialen Umwelt auf die Gesundheitsverhältnisse. Da zeigte sich, daß die Maßnahmen der Gesundheitspolizei nicht ausreichten, um den hygienischen Mißständen, soweit sie die Folgen einer ungünstigen sozialen und wirtschaftlichen Lage waren, wirkungsvoll entgegenzutreten.

Um die sozialhygienischen Verhältnisse zu verbessern, bedurfte man sozialfürsorgerischer Maßnahmen, über die der Amtsarzt nicht verfügte. Gemeinnützige Vereine, unterstützt von Stadtverwaltungen, schufen die ersten Fürsorgemaßnahmen für Säuglinge, Schulkinder, Tuberkulöse usw. Zu der anfangs meist unentgeltlichen Leitung dieser Fürsorgeeinrichtungen ließen sich weitblickende Ärzte bereitfinden. Immer mehr Fürsorgestellen für die verschiedenartigsten Zweige des sozialen Gesundheitswesens entstanden, immer größer wurde die Zahl der Fürsorgeärzte, die ihre Tätigkeit nebenamtlich verrichteten.

Gutgeleitete Verwaltungen einiger Städte bezw. Gemeindeverbände erkannten frühzeitig, daß es ihre Aufgabe[2]) ist, sich eingehend mit diesem wichtigen Zweig der Wohlfahrtspflege, der gesundheitlichen Fürsorge, zu befassen; dazu brauchte man hauptamtlich angestellte ärztliche Sachverständige. In sehr verschiedenartiger Weise verfuhren die einzelnen Städte hierbei.

In Frankfurt a. M. war ursprünglich ein Arzt mit der Untersuchung von städtischen Beamten und Angestellten betraut; im Jahre 1883 übertrug man ihm jedoch auch Aufgaben auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege sowie der Medizinalstatistik und ernannte ihn zum Stadtarzt, dessen Wirkungskreis sich mit der Zeit (siehe S. 269) immer mehr entfaltete. „In Stuttgart wurde", wie Gottstein mitteilte, „schon 1877 dem Physicus

[1]) Erst durch die preußische Prüfungsordnung vom 9. Februar 1921 wurde bestimmt, daß die Kandidaten für das Kreisarztexamen auch in der sozialen Hygiene zu prüfen sind. (Siehe „Volkswohlfahrt" 1921 Nr. 5.) Der Ausbildung der zukünftigen Kreisärzte und Stadtärzte auf sozialhygienischem Gebiete dienen die 1920 geschaffenen Sozialhygienischen Akademien (siehe S. 16).

[2]) Der Berliner Arzt C. Freudenberg hat bereits 1900 gewissermaßen ein kommunalhygienisches Programm entworfen. (Siehe „Die Aufgaben der Gemeinden auf dem Gebiete der Gesundheitspflege", Med. Reform 1901 Nr. 4 und 5.) Hingewiesen sei auch auf das im Jahre 1919 vom Verein Karlsruher Ärzte anläßlich der Gemeindewahlen ausgearbeitete gesundheitspolitische Programm. (Siehe „Sozialhyg. Mitteil." 1919 Heft 1 und 2.)

der Kgl. Stadtdirektion die Stelle eines städtischen Gesundheitsbeamten in Personalunion übertragen. Im Jahre 1888 wurde die Vereinigung beider Stellen gelöst und ein Stadtarzt im Hauptamte angestellt, der vor allem technischer Berater der städtischen Behörden und Ämter in allen Angelegenheiten auf den Gebieten der Gesundheitspflege wurde, dem außerdem die ständige hygienische Überwachung der öffentlichen städtischen Anstalten oblag und der ebenfalls Gutachten über Gesundheits- und Krankheitszustand von Bewerbern und Beamten abzugeben hatte."

In den sonstigen deutschen Gemeinden wurden erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts Stadtärzte hauptamtlich angestellt. Bahnbrechend war hierbei, nachdem Mannheim als erste unter den Städten 1903 einen hauptamtlichen Schularzt berufen hatte, Köln, das die Form des besoldeten medizinischen Stadtrates wählte. Die Aufgaben dieses Magistratsmitgliedes waren die gleichen, wie die der Stadtärzte in Frankfurt am Main und Stuttgart; aber diese Form hatte den Vorteil, daß der ärztliche Stadtrat sein Gebiet ganz selbständig bearbeiten und vertreten konnte. Dem Beispiel Kölns folgten schnell Schöneberg und Charlottenburg, 1913 auch Berlin, das dem ärztlichen Stadtrat den Titel Stadtmedizinalrat verlieh.

In vielen anderen deutschen Städten wurden ebenfalls teils hauptamtlich, teils nebenamtlich Ärzte bald für die Bearbeitung des gesamten städtischen Gesundheitswesens, bald nur für einzelne Teile hiervon angestellt. Hierbei berief man an manchen Orten Ärzte, die das amtsärztliche Examen bestanden hatten, und bewirkte, daß ihnen auch die gesundheitspolizeilichen Aufgaben des Amtsarztes übertragen wurden, an anderen Orten betraute man den Amtsarzt mit den Arbeiten des städtischen Gesundheitswesens, wieder an anderen Orten waren Stadtärzte oder hauptamtliche und auch nebenamtliche städtische Fürsorgeärzte tätig, während die Amtsärzte nach wie vor die gesundheitspolizeilichen Aufgaben durchführten. Und wie in den großen Städten war auch die Entwicklung in vielen Gemeindeverbänden.

Die Tätigkeit der Stadt-, Schul- und Fürsorgeärzte zeigte immer deutlicher die Einflüsse der sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse auf die Gesundheitszustände. Man erkannte immer mehr, daß man neben dem Gesundheitsschutz, der in technischen und polizeilichen Einrichtungen bestand, vor allem auch wirtschaftliche Fürsorgemaßnahmen anwenden muß. So lehnte sich der Hauptteil des neuzeitlichen städtischen Gesundheitswesens je länger je mehr an die allgemeine städtische Wohlfahrtspflege an. Um hierbei eine möglichst wirkungsvolle Arbeit leisten zu können, wurde, nachdem der Kreisarzt Ascher bereits 1908 die Bildung sozialer Gesundheitsämter vorgeschlagen hatte, von dem Kreisarzt H. Berger 1910 die Gründung von Wohlfahrtsämtern angeregt. Dieser Plan wurde vielfach in Städten, Gemeindeverbänden und Kreisen ausgeführt. Es entstand ein Gebiet sozialhygienischer Betätigung, für das man den Namen Gesundheitsfürsorge prägte.

Nun erhoben sich mannigfaltige Fragen organisatorischer Art. Um sie zu lösen, wäre vor allem Klarheit der Begriffe nötig. Daran fehlte es aber. Obwohl es Lehrbücher und Zeitschriften gibt, in deren Namen man das Wort „Gesundheitsfürsorge" findet, sucht man dort vergebens nach einer befriedigenden Begriffsdeutung; das in vieler Hinsicht schätzenswerte Buch von M. Baum versagt hierbei ganz. Der Stadtarzt Hagen hielt es daher im Oktober 1924 für erforderlich, „zunächst einmal den Begriff der Gesundheitsfürsorge etwas klarzulegen".

Nach unseren obigen Darlegungen (siehe S. 4) kann es nicht zweifelhaft sein, daß es sich bei dem Betätigungsfeld, das man jetzt „Gesundheitsfürsorge" nennt, um Maßnahmen der sozialen Prophylaxe und der sozialen Therapie (Medizin) handelt. Diese Teile der sozialen Hygiene müssen ärztlich gehandhabt bezw. geleitet und mit der gesamten Hygiene in Zusammenhang gebracht werden. Wenn auch hierbei eine innige Gemeinschaftsarbeit mit den übrigen Wohlfahrtsverwaltungen erfolgen muß, so darf doch die Gesundheitsfürsorge nicht von dem übrigen sozialen Gesundheitswesen losgelöst und in die Wohlfahrtspflege eingereiht werden. Dieser Grundsatz ergibt sich ungezwungen aus der Klarheit der Begriffe. Und hieraus folgt dann weiter, daß die ärztlichen Leiter der Gesundheitsfürsorge selbständig sein müssen und keineswegs den nichtärztlichen Leitern der Wohlfahrtsverwaltungen unterstellt werden dürfen.

Zu der Frage, wie die Gesundheitsfürsorge, zu deren planmäßiger Durchführung ein Gesundheitsamt erforderlich ist, in den gesamten Verwaltungskörper der Städte bezw. Gemeindeverbände einzugliedern ist, gesellten sich noch viele weitere organisatorische Fragen.

Man stritt und streitet noch darüber, ob der staatlich angestellte Amtsarzt auch die Aufgaben der städtischen Gesundheitsfürsorge, oder aber ob der Stadt (Kommunal-)arzt auch die gesundheitspolizeilichen Arbeiten übernehmen soll. Diese Frage läßt sich nicht grundsätzlich lösen; sie ist nur nach den jeweiligen örtlichen und persönlichen Umständen zu beantworten.

Das gleiche gilt für die Frage, über die ebenfalls viele Aufsätze veröffentlicht wurden, ob die den Fürsorgeärzten angegliederten Fürsorgeschwestern jeweils nur auf einem oder auf mehreren Gebieten der Gesundheitsfürsorge gleichzeitig tätig sein sollen.

Die Hauptaufgabe, die zurzeit vorliegt, ist, daß neben den in den vorangegangenen Abschnitten geschilderten wichtigen Maßnahmen der sozialen Hygiene auf den Gebieten des Nahrungs- und Wohnungswesens, des Arbeiterschutzes und der Sozialversicherung, des Volksbadewesens, der Leibesübungen, der Rassehygiene usw. eine tatkräftige, planmäßige Gesundheitsfürsorge in den weiten Volksschichten der Fürsorgebedürftigen durchgeführt wird. Dazu braucht man ein Reichsgesetz, das die Grundsätze regelt und die Vorschriften im einzelnen den Ländern überläßt.

Wir haben oben (S. 246) schon berichtet, daß das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vom 9. Juli 1922 geschaffen wurde; daß es sich auf das gesamte Jugendalter (aber eben nur auf diese Personen) erstreckt, und daß Jugendämter[1]) eingerichtet werden sollen, wurde ebenfalls bereits angeführt. Von den sonstigen Vorschriften dieses Gesetzes sei hier noch folgendes hervorgehoben:

„§ 4. Aufgabe des Jugendamts ist ferner, Einrichtungen und Veranstaltungen anzuregen, zu fördern und gegebenenfalls zu schaffen für:

1. Beratung in Angelegenheiten der Jugendlichen;
2. Mutterschutz vor und nach der Geburt;
3. Wohlfahrt der Säuglinge;
4. Wohlfahrt der Kleinkinder;
5. Wohlfahrt der im schulpflichtigen Alter stehenden Jugend außerhalb des Unterrichts;
6. Wohlfahrt der schulentlassenen Jugend.

---

[1]) Erwähnenswert ist, daß vom württembergischen Landtag schon am 4. Oktober 1919 ein Jugendamtsgesetz verabschiedet wurde; dies Gesetz war seinen Grundlinien nach das Vorbild für das Reichsgesetz.

§ 10. Sofern für den Bezirk einer Gemeinde oder eines Gemeindeverbandes ein Wohlfahrtsamt oder eine andere der Wohlfahrtspflege dienende geeignete Einrichtung der staatlichen oder der Selbstverwaltung besteht, können ihr nach näherer Maßgabe der Landesgesetzgebung .... die Aufgaben des Jugendamts übertragen werden.

Besteht für einen Bezirk ein Gesundheitsamt oder eine entsprechende Behörde, so können dieser die gesundheitlichen Aufgaben übertragen werden. In diesem Falle müssen diese Behörden im Einvernehmen mit dem Jugendamte vorgehen.

§ 49. Minderjährigen ist im Falle der Hilfsbedürftigkeit der notwendige Lebensbedarf einschließlich der Erziehung und Erwerbsbefähigung und die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen zu gewähren....

Bei Beurteilung der Notwendigkeit der Leistungen ist das Bedürfnis nach rechtzeitiger dauernder und gründlicher Abhilfe gegen Störungen der körperlichen, geistigen und sittlichen Entwicklung der Minderjährigen zu berücksichtigen."

Wie man sieht, befaßt sich das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz neben anderen Aufgaben der Wohlfahrtspflege auch mit der Gesundheitsfürsorge, soweit es sich um die Jugend handelt. Nach dem Entwurf dieses Gesetzes sollte die Gesundheitsfürsorge den Leitern der Jugendämter unterstellt werden. Infolge des hiergegen lebhaft geäußerten Einspruches, namentlich auf dem im Juni 1921 veranstalteten 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag[1]), wurde der jetzt in § 10 Absatz 2 enthaltene Zusatz betreffend die Gesundheitsämter in das Gesetz aufgenommen. Dem Gesetz haften trotzdem noch erhebliche Mängel an. Vor allem liegt das Bedenken vor, daß durch das Jugendwohlfahrtsgesetz die gesundheitliche Fürsorge für die Jugend von dem übrigen Gesundheitswesen abgetrennt und an ein Jugendamt, das sich eben nur mit den jugendlichen Altersklassen befaßt, angegliedert werden soll.

Es wurde nun eine Verordnung über das Inkrafttreten des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt vom 14. Februar 1924 (RGBl. Nr. 13 S. 110 ff.) veröffentlicht, wonach die oberste Landesbehörde den Gemeinden oder Gemeindeverbänden die Befugnis erteilen kann, statt der Errichtung von Jugendämtern die diesen obliegenden Aufgaben einer anderen geeigneten Amtsstelle zu übertragen. Gleichzeitig erschien auf Grund des Ermächtigungsgesetzes vom 8. Dezember 1923 (RGBl. I S. 1179) die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 (RGBl. Nr. 13 S. 100 ff.), die ebenso wie die zuerst genannte Verordnung betr. Jugendwohlfahrt am 1. April 1924 in Kraft trat.

Die Verordnung über die Fürsorgepflicht schreibt u. a. vor:

„§ 1. Die nachstehenden öffentlich-rechtlichen Fürsorgeaufgaben sind, soweit Reichsgesetze nicht anderes bestimmen, von den Landesfürsorgeverbänden und den Bezirksfürsorgeverbänden zu erfüllen:

a) die soziale Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene ....
b) die Fürsorge für Rentenempfänger der Invaliden- und Angestelltenversicherung, soweit sie nicht den Versicherungsträgern obliegt,
c) die Fürsorge für Kleinrentner und die ihnen Gleichstehenden,
d) die Fürsorge für Schwerbeschädigte und Schwererwerbsbeschränkte durch Arbeitsbeschaffung,
e) die Fürsorge für hilfsbedürftige Minderjährige,
f) die Wochenfürsorge.

Den Fürsorgeverbänden liegt auch weiterhin die Armenfürsorge ob; das Land kann ihnen weitere Fürsorgeaufgaben übertragen.

§ 3. Welche Behörden oder sonstige Stellen die Aufgaben der Landes- und Bezirksfürsorgeverbände durchzuführen haben, bestimmt das Land.

§ 6. Voraussetzung, Art und Maß der zu gewährenden Fürsorge bestimmt im Rahmen der reichsgesetzlichen Vorschriften das Land.

Mit Zustimmung des Reichsrats kann die Reichsregierung Grundsätze hierüber aufstellen.

---

[1]) Siehe „Bericht über den 1. Deutschen Gesundheitsfürsorgetag", Berlin 1921.

§ 7. Jeder hilfsbedürftige Deutsche muß vorläufig von demjenigen Bezirksfürsorgeverband unterstützt werden, in dessen Bezirk er sich bei Eintritt der Hilfsbedürftigkeit befindet.

§ 29. Das Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz in der Fassung vom 30. Mai 1908 (RGBl. S. 381) wird aufgehoben.

§ 32. Aufgehoben werden: ....

d) das Gesetz über Wochenfürsorge vom 9. Juni 1922 (RGBl. I S. 502) und die Verordnung über Wochenfürsorge vom 18. August 1923 (RGBl. I S. 816).

Bis zum Erlasse neuer Vorschriften gelten die bisherigen Bestimmungen über .... sowie über Wochenfürsorge, soweit sie Voraussetzung, Art und Maß der Fürsorge betreffen, als Vorschriften im Sinne des § 6."

Die Reichsregierung hat dann Grundsätze über Voraussetzung, Art und Maß öffentlicher Fürsorgeleistungen vom 27. März 1924 (RGBl. I S. 375) veröffentlicht. Hier heißt es u. a.:

„1. Im Falle der Hilfsbedürftigkeit ist — erforderlichenfalls auch ohne Antrag — als Mindestmaß der unentbehrliche Lebensunterhalt, insbesondere Obdach, Nahrung, Kleidung, die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen und nach dem Ableben ein angemessenes Begräbnis zu gewähren. Hilfsbedürftigen Schwangeren und Wöchnerinnen ist die erforderliche Fürsorge zu gewähren.

2. Für hilfsbedürftige Minderjährige gilt § 49 Absatz 1 und 2 des Reichsgesetzes für Jugendwohlfahrt."

Durch die Verordnung über die Fürsorgepflicht, wodurch die die gesamte Wohlfahrtspflege umfassenden Bezirksfürsorgeverbände geschaffen werden, wird, wie sich Rott zutreffend geäußert hat, „die Jugendwohlfahrt, die ursprünglich ziemlich brüsk aus der allgemeinen Wohlfahrtspflege herausgenommen worden war, wieder eng mit dieser verbunden ... Vom Standpunkt einheitlicher Gesundheitsfürsorge ist jedenfalls die organische Verbindung der Jugendwohlfahrtspflege mit der allgemeinen Wohlfahrtspflege, innerhalb derer die Gesundheitsfürsorge einen Teil darstellt, nur zu begrüßen." Des weiteren ist zu betonen, daß auf Grund der obigen Verordnungen das Maß der Leistungen, die den Hilfsbedürftigen und insbesondere den hilfsbedürftigen Minderjährigen zu gewähren sind, zwar die ehemaligen Darbietungen auf dem Armenwege (Existenzminimum) übertrifft, daß es aber zweifelhaft ist, ob der Begriff Hilfsbedürftigkeit im Sinne der Verordnung über die Fürsorgepflicht in der Praxis sich immer mit dem Begriff der Fürsorgebedürftigkeit im gesundheitsfürsorgerischen Sinne (vgl. S. 247) decken wird.

Der Wert dieser Verordnungen hängt von den Ausführungsbestimmungen[1]), welche die Gliedstaaten veröffentlicht haben, ab; die Regelungen in den einzelnen Ländern sind recht verschiedenartig. Vielfach handelt es sich, wie bei der Neuheit der Maßnahmen zu erwarten war, gewissermaßen nur um Vorversuche.

Im ganzen genommen sind die neuen Gesetze und Verordnungen als erhebliche sozialhygienische Fortschritte zu betrachten; es geht, wenn auch langsam, vorwärts in der Richtung zum Recht auf Gesundheit.

Es muß jedoch zu den von Stadtverwaltungen oder Wohlfahrtsvereinen geschaffenen Maßnahmen, die man jetzt als Gesundheitsfürsorge bezeichnet, folgendes bemerkt werden: So wichtig diese Einrichtungen sind, so darf bei ihrer Bewertung nicht außer acht gelassen werden, daß sie vorzugsweise, wie es ja wohl auch beabsichtigt ist, den schlecht entwickelten, nicht ganz gesunden, kränklichen oder kranken Personen dienen; während die von uns erörterten gesundheitlichen Bestrebungen auf den Gebieten der Arbeitsverhältnisse, des

[1]) Die Ausführungsbestimmungen der einzelnen Länder sind in der Schrift von Wölz, Ruppert und Richter: „Die Fürsorgepflicht. Leitfaden zur Durchführung der Verordnung vom 13. Februar 1924" (Berlin 1924) enthalten.

Nahrungs-, Wohnungs- und Kleidungswesens, der Erholung, der Leibesübungen und der Rassehygiene sich gegen die in den kulturellen Mißständen gelegenen Ursachen richten, befaßt sich die Gesundheitsfürsorge hauptsächlich erst mit den Wirkungen. Die Leistungen der Gesundheitsfürsorge bestehen zumeist in Darbietungen sozialmedizinischer (sozialtherapeutischer) Art; da sie sich in der Regel auf das Jugendalter beschränken, bedürfen sie einer Ergänzung durch die sozialmedizinischen Maßnahmen, welche die Sozialversicherung gewährt. Wie wir zeigen werden, soll die Sozialversicherung so ausgebaut werden, daß sie in Zukunft mehr als bisher die sozialhygienischen Mißstände in ihren Ursachen zu bekämpfen vermag. Es ist zu wünschen, daß sich auch die Gesundheitsfürsorge der Städte und Kreise in diesem Sinne entwickelt.

Literatur: *1.* **Ascher:** *„Soziale Hygiene und soziale Gesundheitsämter", Med. Reform 1908 Nr. 30. — 2.* **M. Baum:** *„Grundriß d. Gesundheitsfürsorge", 2. Aufl., München 1923. — 3.* **K. Blaum:** *„Die Jugendwohlfahrt", Leipzig 1921. — 4.* **H. Berger:** *„Die sozial-hygienischen Forderungen der Zeit (Wohfahrtsämter)", Berlin 1910. — 5.* **Gottstein:** *a) „Die Regelung des Gesundheitswesens in den deutschen Großstädten", Deutsch. med. Wochenschr. 1908 Nr. 12, 13 u. 14; b) „Die Regelung des gemeindeärztlichen Dienstes", Zeitschr. f. d. Armenwesen 1910 Heft 12; c) „Stadtärzte", Art. i. Handw. d. Kommunalw. Bd. 4, Jena 1914. — 6.* **Hagen:** *„Die Mitwirkung des Arztes im Jugendamt", Mutter u. Kind 1924, Oktober. — 7.* **W. Hanauer:** *„Die deutsche Stadthygiene in der Nachkriegszeit", Ärztl. Vereinsbl. vom 23. April 1922 Nr. 1256. — 8.* **Chr. Klumker u. B. Schmittmann:** *„Wohlfahrtsämter", Schriften d. Deutsch. Gesellsch. f. soz. Recht Heft 6, Stuttgart 1920. — 9.* **Krautwig:** *„Organisation der Wohlfahrtspflege der Städte", Biblioth. f. soz. Medizin, Hyg. u. Medizinalstat. Nr. 8, Berlin 1913. — 10.* **Lunkes:** *„Bemerkungen zum Fürsorgewesen", Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1923 Nr. 10. — 11.* **F. Rott:** *a) „Aufbau des Jugendamtes", Deutsch. med. Wochenschr. 1922 Nr. 27; b) „Die Verordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924 und die Gesundheitsfürsorge", Sozialhyg. Rundschau 1924 Nr. 8/9. — 12.* **A. Salomon** *gemeinsam mit S. Wronsky: „Leitfaden der Wohlfahrtspflege", Leipzig 1921. — 13.* **G. Tugendreich:** *„Zum Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt", Deutsch. med. Wochenschr. 1922 Nr. 28. — 14.* **Fr. Wendenburg:** *„Kommunale Gesundheitsfürsorge", Sozialhyg. Mitteil. 1920 Heft 3. — 15.* **Wollenweber:** *„Die Entwicklung des staatlichen Gesundheitswesens", Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1924 Nr. 11.*

4. Die deutsche Sozialversicherung.

Unter dem Namen „Sozialversicherung" faßt man eine Anzahl von Gesetzen zusammen, die in mancher Hinsicht auf gemeinsamen Grundgedanken beruhen. Alle diese Gesetze legen viele Millionen Menschen umfassenden Volksschichten den Zwang auf, sich gegen Beeinträchtigungen ihrer Gesundheit bezw. Erwerbsfähigkeit zu versichern. Die Beiträge, welche die Versicherten zu zahlen haben, bewirken ein Anrecht auf Leistungen seitens der Versicherungsträger, wenn Krankheiten, Unfälle oder dauernde Erwerbsunfähigkeit erfolgt sind.

Das erste dieser Gesetze war das Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter[1]) vom 15. Juni 1883. Der Gedanke der Versicherung gegen Krankheit war damals in den Arbeiterkreisen nichts Neues. Krankenkassen gab es schon im 18. Jahrhundert, und besonders in den Arbeitervereinen Englands (den Trade-Unions, friendly societies usw.) hatte sich im 19. Jahrhundert das auf Selbsthilfe aufgebaute Versicherungswesen stark entwickelt. Im Deutschen Reich bestanden, nach Angabe von Zadek, im Jahre 1880 etwa 5000 Krankenkassen mit 840000 Mitgliedern. So begrüßenswert im allgemeinen

[1]) Wegen des Wortes „Arbeiter" sprach man lange Zeit von der „Arbeiterversicherung"; das Abänderungsgesetz vom Jahre 1892 erhielt den Namen „Krankenversicherung".

gerade die Maßnahmen der Selbsthilfe sind, auf dem Gebiet des Krankenversicherungswesens haben sie vielfach versagt. Denn diejenigen Arbeiter, welche der Versicherungsleistungen am dringendsten bedurften, die Schlechtgelohnten, blieben den Kassen, deren Mitglieder in der Regel aus den oberen Schichten der Arbeiter stammten, gewöhnlich fern. Der gewaltige sozialhygienische Fortschritt des deutschen Gesetzes bestand daher vor allem in dem Versicherungszwang[1]); denn Ende 1885 waren bereits 4¾ Millionen Deutsche gegen Krankheit versichert.

Mit dem Zwangssystem der Krankenversicherung, die den ersten Teil unserer Sozialversicherung bildete, hat Deutschland der ganzen Welt die Wege gewiesen. Schon in der Botschaft, welche Wilhelm I. am 17. November 1881 durch Bismarck dem Reichstage unterbreitet hat, wurde betont, daß „den Hilfsbedürftigen größere Sicherheit und Ergiebigkeit des Beistandes, auf den sie Anspruch haben", geboten werden muß; den Arbeitern sollte in den durch Unfall, Krankheit, Invalidität und Alter verursachten Notlagen ein „Anspruch auf ein höheres Maß staatlicher Fürsorge, als ihnen bisher hat zuteil werden können" (Armenpflege), gewährleistet werden. Hiermit war der Grund zu dem Recht auf Gesundheit gelegt.

Auf das Krankenversicherungsgesetz folgten das Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884 und das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz vom 22. Juni 1889. Alle drei Gesetze wurden vielfach neugestaltet und dann in einem Gesetzgebungswerk, der Reichsversicherungsordnung vom 19. Juli 1911, zusammengefaßt. Wir schildern nun zunächst, nach Maßgabe des verfügbaren Raumes, die wichtigsten Vorschriften der RVO. sowie der Angestelltenversicherung vom 20. Dezember 1911, fügen aber sogleich die seit 1914 erfolgten Neuerungen an.

Krankenversicherung.

Versicherungspflichtig sind: 1. Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten; 2. Betriebsbeamte, Werkmeister und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung; 3. Handlungsgehilfen und Lehrlinge; 4. Bühnen- und Orchestermitglieder; 5. Lehrer und Erzieher; 6. Hausgewerbetreibende; 7. Schiffsbesatzung Die Versicherungspflicht besteht für die unter 1—7 Bezeichneten (mit Ausnahme der Lehrlinge) jedoch nur, wenn sie gegen Entgelt beschäftigt sind, für die unter 2—5 Bezeichneten sowie für Schiffer außerdem nur dann, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst 2400 Mark nicht übersteigt.

Versicherungsberechtigt sind 1. die versicherungsfreien Beschäftigten der oben bezeichneten Art, 2. Familienangehörige des Arbeitgebers, 3. Gewerbetreibende, die keine oder höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen; die Berechtigung, der Ver-

[1]) Ed. Bernstein hat in dem Aufsatz „Der Sozialismus und die soziale Versicherung", der in der Zeitschrift „Ortskrankenkasse" 1915 Nr. 16 erschien, folgendes dargelegt: In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts hat kein französischer Sozialist von der Arbeiterversicherung als einer besonders wichtigen Maßnahme gesprochen. Zum erstenmal stößt man auf diesen Gedanken bei Karl J. Winkelblech, der sich Karl Molo nannte; er war „zwar offensichtlich von den französischen Sozialisten beeinflußt, aber die von jenseits des Rheins empfangenen Ideen hat er selbständig verarbeitet". Im vierten „praktischen" Teil seines in den fünfziger Jahren des 19. Jahrhunderts abgefaßten Werkes „Untersuchungen über die Organisation der Arbeit oder Systems einer Weltökonomie" fordert er „Versicherungen der arbeitenden Klassen für Fälle von Krankheit, Unfall, Invalidität und Alter mit Beitritts- und Beitragspflicht".

sicherung beizutreten bezw. ihr weiter anzugehören, erlischt, sobald das regelmäßige jährliche Gesamteinkommen ein bestimmtes Maß (vor dem Kriege 2500 bezw. 4000 *M*) übersteigt.

Die Regelleistungen jeder Krankenkasse müssen in Krankenhilfe, Wochenhilfe und Sterbegeld bestehen; darüber hinaus darf die Kasse noch Mehrleistungen bieten.

Die Krankenhilfe setzt sich aus Krankenpflege, welche vom Beginn der Krankheit an zu gewähren ist, und aus Krankengeld, das vom vierten Krankheitstage an nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit gezahlt werden muß, zusammen. Diese Leistungen enden im allgemeinen spätestens mit Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit. Die Krankenpflege umfaßt ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei sowie erforderlichenfalls mit Brillen, Bruchbändern und anderen kleinen Heilmitteln. Die ärztliche Behandlung erfolgt, wenn nötig, im Krankenhaus. Das Krankengeld ist mindestens in der Höhe des halben Tagelohns für jeden Arbeitstag zu zahlen, wenn die Krankheit mit Erwerbsunfähigkeit verbunden ist; das Krankengeld kann bis auf 3/4 des Tagelohns erhöht werden. (Die Karenz und die Gewährung nur eines Teilbetrages des Arbeitslohns als Krankengeld sollen den Mißbrauch durch Simulanten verhüten.)

Die Vorschriften der RVO. über die Wochenhilfe wurden durch besondere Gesetze während und nach dem Kriege erheblich ausgebaut; wir haben darüber auf S. 229, 230 und 232 berichtet.

Die Krankenkassen sind befugt, aber nicht verpflichtet, auch Familienhilfe zu bieten.

Träger der Versicherung sind die Krankenkassen. Nach der RVO. gibt es nur noch (außer den Knappschaftskassen): Orts-, Betriebs-[1]), Land- und Innungskrankenkassen. Die Leistungen der einzelnen Kassenarten sind keineswegs gleichartig.

Für die Kostendeckung haben bei allen Kassen die Versicherten und die Arbeitgeber gemeinsam aufzukommen; die Arbeitnehmer haben doppelt so viel beizusteuern wie die Arbeitgeber. Diesem Verhältnis entspricht die jeweilige Vertretung in der Kassenleitung.

Im Jahre 1921 zählte man, wie amtlich[2]) berichtet wird, rund 18 Millionen Kassenmitglieder; von ihnen kamen auf die Ortskrankenkassen 11,2, auf die Betriebskrankenkassen 3,7, auf die Landkrankenkassen 2,2 und auf die Innungskrankenkassen 0,3 Millionen, so daß von je 100 Kassenmitgliedern 64,1 den Ortskrankenkassen, 21,4 den Betriebskrankenkassen, 12,6 den Landkrankenkassen und 1,9 den Innungskrankenkassen angehörten. Auf 100 männliche Mitglieder entfielen bei den Ortskrankenkassen 75,9, bei den Betriebskrankenkassen 26,0, bei den Landkrankenkassen 104,1, bei den Innungskrankenkassen 31,2 und bei sämtlichen Kassen 63,8 weibliche.

Von den Kassenausgaben betrugen im Jahre 1921 die Krankheitskosten bei den Ortskrankenkassen 85,6, bei den Betriebskrankenkassen 98,1, bei den Landkrankenkassen

[1]) Die Bestrebungen, die Betriebskrankenkassen zu beseitigen, können vom sozialhygienischen Standpunkt aus nicht gebilligt werden, da diese Kassen die höchsten Leistungen aufweisen. (Siehe A. Fischer: a) „Die Beseitigung der Betriebskrankenkassen", Zentralbl. f. d. Reichsversicherung 1910 Nr. 16; b) „Öffentliche Gesundheitspflege und Betriebskrankenkassen", Die Betriebskrankenkasse vom 25. August 1921.)

[2]) Siehe „Die Krankenversicherung in den Jahren 1920 und 1921", Statist. d. Deutsch. Reichs Bd. 303, Berlin 1924.

87,3, bei den Innungskrankenkassen 85,3, bei sämtlichen Kassen 89,1 %, die Verwaltungskosten bei den Ortskrankenkassen 13,0, bei den Betriebskrankenkassen 0,8, bei den Landkrankenkassen 11,8, bei den Innungskrankenkassen 13,5, bei sämtlichen Kassen 9,6 %. Auf ein Mitglied entfielen 1921 bei den Ortskrankenkassen 256, bei den Betriebskrankenkassen 376, bei den Landkrankenkassen 157, bei den Innungskrankenkassen 239, bei sämtlichen Kassen 269 Mark. Wie sich die Krankheitskosten im einzelnen bei der jeweiligen Kassenart verteilen, zeigt unsere Tafel 118.

Tafel 118.

Krankheitskosten bei den einzelnen Kassenarten 1914 und 1921.

Von 100 Teilen der Krankheitskosten entfielen auf:

Krankheitskosten		Ortskrankenkassen	Landkrankenkassen	Betriebskrankenkassen	Innungskrankenkassen	Sämtliche Krankenkassen
Krankenbehandlung	1914	25,2	42,0	25,5	22,6	26,2
	1921	22,7	31,7	21,4	21,7	22,9
Arznei und Heilmittel	1914	13,2	13,7	13,1	11,7	13,2
	1921	13,9	15,9	14,6	13,0	14,2
Krankenhauspflege	1914	14,7	21,4	10,7	20,5	14,1
	1921	15,1	19,8	11,6	18,8	14,4
Kur- und Verpflegungskosten in Wöchnerinnenheimen	1914	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1921	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Hauspflege	1914	0,0	0,0	0,0	0 1	0,0
	1921	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1
Krankengeld	1914	40,1	18,1	43,3	40,2	39,7
	1921	38,2	19,2	42,2	39,0	38,0
Wochen-, Schwangeren- und Stillgeld	1914	3,1	3,0	2,2	1,0	2,8
	1921	7,0	12,2	5,8	4,0	7,0
Hausgeld	1914	1,5	0,3	2,0	1,9	1,6
	1921	1,2	0,3	1,8	1,6	1,4
Bare Leistungen statt ärztl. Versorgung	1914	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1
	1921	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1
Fürsorge für Genesende	1914	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1
	1921	0,2	0,0	0,1	0,0	0,2
Sterbegeld	1914	2,0	1,3	3,1	2,0	2,2
	1921	1,5	0,8	2,3	1,8	1,7

(Nach Stat. d. Deutschen Reichs Bd. 303.)

Über die gegenwärtigen Kassenleistungen im Vergleich zu denen der Vorkriegszeit äußert sich Grieser, Ministerialdirektor im Reichsarbeitsministerium, im August 1924 folgendermaßen:

„Der Vergleich in den Leistungen fällt zugunsten der heutigen Krankenversicherung aus. Neu ist die Familienwochenhilfe, die in etwa 600000 Fällen im Jahre eintritt. Immer breiteren Boden gewinnt die Familienkrankenpflege als freiwillige Mehrleistung. Die ärztliche Versorgung kostet heute das Doppelte gegenüber der Vorkriegszeit, die Pflegesätze in den städtischen und staatlichen Krankenhäusern liegen um 50 bis 100 v. H. höher als früher. In den Ausgaben ist der Anteil des Krankengeldes zurückgegangen, weil die Löhne geringer sind; die Verwaltungskosten machen nicht mehr als 8 bis 10 v. H. der Ausgaben aus, sie sind im allgemeinen niedriger als früher. Im Haushalt der Krankenkassen überwiegen heute die Sachleistungen für ärztliche Behandlung, Arznei, Kranken-

hauspflege usw. Die Verordnung des Reichsarbeitsministers vom 31. Juli 1924 erhöht die Leistungen in der Familienwochenhilfe auf den Gesamtbetrag von 80 Mark für Beihilfe, Wochengeld und Stillgeld; davon trägt das Reich die Hälfte, der Reichszuschuß beträgt 20 Millionen Mark im Jahre."

Unfallversicherung.

Wie die Arbeiterversicherung im ganzen, so sollte besonders die Unfallversicherung den Arbeiterschutz ergänzen. Über den Arbeiterschutz und die eng damit verbundenen Vorschriften des § 848 der RVO. wurde schon auf S. 328 berichtet. Hier sind nun noch die sonstigen wichtigen Unfallversicherungsbestimmungen anzuführen.

Versichert sind alle Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge sowie Betriebsbeamte, deren Jahresverdienst eine bestimmte Höhe (vor dem Kriege 5000 Mark) nicht übersteigt. Der Versicherung unterliegen gewerbliche und landwirtschaftliche Betriebe. Träger der Versicherung sind die in Berufsgenossenschaften organisierten Arbeitgeber; diese allein haben die gesamten Kosten der Versicherung zu decken. Im Falle einer Verletzung sind vom Beginne der 14. Woche nach dem Unfall Krankenbehandlung und eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit zu gewähren. Die Rente beträgt, solange der Verletzte infolge des Unfalls völlig erwerbsunfähig ist, im allgemeinen zwei Drittel des Lohnes; wenn der Verletzte nur teilweise erwerbsunfähig ist, so ist ein entsprechender Teil der Vollrente zu zahlen. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, schon vor Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall ein Heilverfahren, gegebenenfalls in einer Heilanstalt, einzuleiten, um die Folgen der Verletzung zu beseitigen oder zu mildern. Bei Tötung ist ein Sterbegeld zu gewähren; für die Witwe und jedes Kind bis zum vollendeten 15. Lebensjahr sind Renten zu zahlen. Bei Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherungsträger und dem Verletzten haben die zuständigen Stellen (Versicherungsamt, Oberversicherungsamt, Reichsversicherungsamt) zu entscheiden.

Im Jahre 1922 unterlagen der Versicherung bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften 808395 Betriebe mit 11165176 versicherten Personen, bei den land-(und forst-) wirtschaftlichen Berufsgenossenschaften 4873098 Betriebe mit 14915000 versicherten Personen; dazu kommen u. a. 658934 versicherte Personen, die in Reichsbetrieben beschäftigt sind. Gegen Unfall waren 1922 mithin rund 27 Millionen Personen[1]) versichert.

Die Zahl der angemeldeten Unfälle[2]) belief sich im Jahre 1922 auf 649734, die der erstmalig entschädigten auf 97748.

Die Ziffer der anhängig gewordenen Rekurse und Anträge gegen die Bescheide der Berufsgenossenschaften bezw. gegen die Schiedsgerichtsurteile ist in der letzten Zeit erheblich geringer geworden. Von den angefochtenen Urteilen[2]) wurden im Jahre 1922 zugunsten der Versicherungsträger 72,6% bestätigt, während es früher erheblich mehr (z. B. 84% im Jahre 1911) waren.

Die alten Unfallrenten sind inzwischen völlig wertlos geworden. Aber nach Angabe von Ministerialdirektor Grieser ist in einem Gesetzentwurf vorgesehen, die alten Renten in ihrem ursprünglichen Werte zu erneuern und die neuen Renten wieder nach dem eigenen Verdienste des Verletzten zu berechnen. „Dabei sollen die Schwerverletzten insofern bessergestellt werden, als ihre Renten nach einem höheren Hundertsatze bemessen werden. Zur Berücksichtigung des Familienstandes kommen zu den Unfallrenten Kinderzuschüsse."

---

[1]) Siehe „Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts" 1924 Nr. 3.
[2]) Siehe „Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts" 1923 Nr. 3.

Bis zum Inkrafttreten des neuen Gesetzes erhalten die Schwerverletzten ab 1. Juni 1924 eine monatliche Sonderzulage von 15 Mark in der gewerblichen und von 10 Mark in der landwirtschaftlichen Unfallversicherung.

Invalidenversicherung.

Aus praktischen Gründen wurden die mit Erwerbsunfähigkeit verbundenen Krankheitsfälle in solche, die vorübergehend, und in solche, die von langer Dauer sind, eingeteilt; hat eine Erkrankung länger als 26 Wochen gewährt, so stellt im allgemeinen die Krankenkasse ihre Leistungen ein, der Kranke gilt dann als Invalide; die Invalidenversicherung[1]) übernimmt nun für ihn die Fürsorge

Versicherungspflichtig sind Arbeiter, Gesellen, Hausgehilfen, Hausgewerbetreibende, ferner Schiffsbesatzung, Gehilfen und Lehrlinge, soweit sie nicht nach dem Angestelltenversicherungsgesetze versicherungspflichtig oder versicherungsfrei sind. Versicherungsberechtigt sind Gewerbetreibende und andere Betriebsunternehmer bis zum vollendeten 40. Lebensjahre, falls sie höchstens zwei Versicherungspflichtige beschäftigen.

Gegenstand der Versicherung sind Invaliden- und Altersrenten sowie Renten, Witwengeld und Waisenaussteuer für Hinterbliebene.

Träger der Versicherung sind die Landesversicherungsanstalten.

Invalidenrente erhält, wer nicht mehr imstande ist, ein Drittel dessen zu erwerben, was gesunde Personen gleicher Art zu verdienen pflegen. Altersrente empfängt der Versicherte vom vollendeten 65. Lebensjahr an, auch wenn er noch nicht invalide ist. Der dauernd invaliden Witwe wird nach dem Tode ihres versicherten Mannes Witwenrente gezahlt. Waisenrente wird nach dem Tode des versicherten Vaters seinen ehelichen Kindern unter 15 Jahren und nach dem Tode einer Versicherten ihren vaterlosen Kindern unter 15 Jahren gewährt; als vaterlos gelten auch uneheliche Kinder.

Nach § 1269 der RVO. kann die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren einleiten, um der infolge einer Erkrankung drohenden Invalidität eines Versicherten oder einer Witwe vorzubeugen.

Arbeitgeber und Versicherte haben für jede Woche der versicherungspflichtigen Beschäftigung Beiträge zu gleichen Teilen zu entrichten. Das Reich leistet Zuschüsse für die gezahlten Renten.

Die Anzahl der von 1891 bis 1922 jährlich festgesetzten Invalidenrenten war schon der Tafel 32 (S. 83) zu entnehmen. Wie aus den „Amtl. Mitt. d. Reichsversicherungsamtes“ vom 15. März 1924 zu ersehen ist, wurden im Jahre 1923 insgesamt 420750 Renten bewilligt, und zwar 337750 Invalidenrenten, 5166 Krankenrenten, 11199 Altersrenten, 32679 Witwen- (Witwer-) und Witwenkrankenrenten und 33956 Waisenrenten.

Das vorbeugende Heilverfahren erfolgte 1922 bei 249926 (1921: 248292) Versicherten, unter denen sich 41426 (1921: 44631) Lungen- und Kehlkopftuberkulöse[2]) und 39972 (1921: 40569) Geschlechtskranke[3]) befanden.

[1]) Im Jahre 1891 wählte man noch den Namen „Invaliditäts- und Altersversicherung“. Da aber die Fürsorge für Invalide und Invaliditätsverhütung immer mehr in den Vordergrund trat, wurde das Gesetz bereits 1899 als „Invalidenversicherungsgesetz“ bezeichnet. Durch die RVO. wurde entsprechend den erweiterten Leistungen der Name „Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung“ eingeführt.

[2]) Siehe S. 374 ff.

[3]) Siehe S. 389 Fußnote 1.

Vor dem Kriege unterstützten die Versicherungsanstalten, die damals sämtlich über reiche Geldmittel verfügten, zahlreiche hygienisch wirkende Maßnahmen, Krankenhäuser, Arbeitersiedlungen, gesundheitstechnische Einrichtungen usw.; besonders tatkräftig widmeten sie sich dem Kampf gegen die Tuberkulose. Während des Krieges kam die Bildung von Beratungsstellen für Geschlechtskranke hinzu. Nach dem Kriege mußten manche dieser Bestrebungen ganz oder teilweise infolge Geldmangels eingestellt werden.

Auch die Renten verloren infolge der Inflation ihren Wert. Mittlerweile haben sich aber die Geldverhältnisse bei den Versicherungsanstalten wieder gebessert, so daß die Wirksamkeit der Versicherungsträger allmählich die ehemalige Bedeutung erreicht. Hierüber schreibt Grieser:

„Die Invalidenversicherung hat ungefähr 16 Millionen Versicherte, die in der Regel zugleich Krankenkassenmitglieder sind. Gegen 1913 ist die Zahl der Rentenempfänger mehr als verdoppelt. Im Laufe sind 1,5 Millionen Invalidenrenten (1913: 1,1 Millionen), 0,2 Millionen Witwen- und Witwerrenten (1913: 0,02 Millionen) und 1,25 Millionen Waisenrenten (1913: 0,14 Millionen), insgesamt rund 3 Millionen Renten (1913: 1,26 Millionen). Die Invalidenrente beträgt 14 Mark im Monat, dazu für jedes versorgungsberechtigte Kind der monatliche Zuschuß von 3 Mark, im Durchschnitt also 17 Mark, früher nur 16 Mark; die Witwenrente ist 10 Mark im Monat und um 4 Mark höher als früher, die Waisenrente 6 Mark und gegen früher mehr als verdoppelt.“

Angestelltenversicherung.

Als Ergänzung der Invalidenversicherung wurde das Versicherungsgesetz für Angestellte vom 20. Dezember 1911 (RGBl. S. 589) geschaffen; es wurde durch das Gesetz vom 10. November 1922 (RGBl. I S. 849) in mancher Hinsicht geändert.

Versicherungspflichtig sind insbesondere Angestellte in leitender Stellung, Betriebsbeamte, Werkmeister, Büro- und andere Angestellte in ähnlich gehobener Stellung, Bühnenmitglieder und Musiker, Angestellte in Berufen der Erziehung, des Unterrichts, der Fürsorge, der Kranken- und Wohlfahrtspflege. Versicherungsberechtigt sind diejenigen, die aus einer versicherungspflichtigen Beschäftigung ausscheiden, sowie solche Personen bis zum vollendeten 40. Lebensjahre, die für eigene Rechnung eine ähnliche Tätigkeit wie die Versicherungspflichtigen ausüben.

Gewährt werden Ruhegeld und Hinterbliebenenrente. Ruhegeld empfängt, wer das Alter von 65 Jahren vollendet hat oder durch körperliche Gebrechen oder wegen Schwäche seiner körperlichen und geistigen Kräfte dauernd unfähig ist, seinen Beruf auszuüben. Die Hinterbliebenenrenten bestehen in einer Witwenrente, welche die Frau nach dem Tode ihres Mannes erhält, ohne Rücksicht darauf, ob sie erwerbsfähig oder bedürftig ist oder nicht, ferner in Waisenrenten, welche nach dem Tode des versicherten Vaters seinen ehelichen Kindern unter 18 Jahren und nach dem Tode einer Versicherten ihren vaterlosen (gegebenenfalls unehelichen) Kindern unter 18 Jahren gezahlt werden.

Um der infolge einer Krankheit drohenden Berufsunfähigkeit vorzubeugen oder um die Berufsfähigkeit wiederherzustellen, kann der Versicherungsträger, die Reichsversicherungsanstalt für Angestellte, ein Heilverfahren einleiten.

Die Kostendeckung der Versicherung erfolgt durch Beiträge, welche die Arbeitgeber und die Versicherten zu gleichen Teilen entrichten müssen.

Die Angestelltenversicherung begann am 1. Januar 1913 und rechnet zurzeit, wie Grieser angibt, mit 1,6 Millionen Versicherten. „Da die Wartezeit zehn Jahre beträgt, ist die Zahl der Ruhegeldempfänger noch verhältnismäßig gering. Die Aufwertung der Leistungen war daher hier viel leichter als in der Invalidenversicherung. Das Ruhegeld beträgt 30 Mark, die Witwenrente 18 Mark und die Waisenrente 15 Mark im Monat.“

Arbeitslosenversicherung (Erwerbslosenfürsorge).

Seit vielen Jahren wurde darauf hingewiesen, daß der deutschen Sozialversicherung ein wesentlicher Teil fehlt: die Arbeitslosenversicherung. Einige Gemeinden hatten zwar vor dem Kriege, in Gemeinschaft mit den Gewerkschaften, die Versicherung gegen Arbeitslosigkeit einzuführen versucht; diese beachtenswerten Bemühungen konnten naturgemäß jedoch nur einen begrenzten Erfolg haben.

In England dagegen wurde, als man dort unsere Sozialversicherung nachahmte, sogleich auch die Arbeitslosenversicherung geschaffen.

Da im Zusammenhang mit den Folgen des Weltkrieges die Zahl[1]) der Erwerbslosen überaus groß wurde, war eine entsprechende Fürsorge erforderlich; sie wurde durch die Reichsverordnung vom 13. November 1918 geschaffen. Es handelte sich zunächst um eine reine Unterstützung ohne jeden versicherungsrechtlichen Anspruch. Trotzdem zahlreiche Abänderungsverordnungen erschienen, blieb man bei dieser Form der Erwerbslosenfürsorge bis zu der Notverordnung vom 15. Oktober 1923. Es wurden nun vom 1. November 1923, um den Fürsorgeaufwand zu decken, Beiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern erhoben. Durch die Verordnung vom 13. Februar 1924 wurde dann auf dem Wege von der Erwerbslosenfürsorge zur Arbeitslosenversicherung, mit deren Einführung die Reichsregierung sich in Gesetzentwürfen bereits befaßt hat, weitergegangen.

Die wichtigsten Vorschriften dieser neuesten Verordnung lauten: Die Gemeinden sind verpflichtet, soweit ein Bedürfnis dafür besteht, eine Fürsorge für Erwerbslose einzurichten, der sie nicht den Rechtscharakter der Armenpflege beilegen dürfen. Die Fürsorge wird nur arbeitsfähigen und arbeitswilligen Personen, die sich infolge des Krieges durch gänzliche oder teilweise Erwerbslosigkeit in bedürftiger Lage befinden, gewährt. Die Unterstützung soll im allgemeinen erst nach einer Wartezeit von mindestens einer Woche zugebilligt werden. Die Gemeinde, die zur Auszahlung der Unterstützung zuständig ist, soll alle Erwerbslosen, für die sie zu sorgen hat, bei der Allgemeinen Ortskrankenkasse gegen Krankheit versichern. Die erforderlichen Mittel werden durch Beiträge der krankenversicherungspflichtigen Arbeitnehmer und ihrer Arbeitgeber sowie durch die Leistungen der Gemeinden aufgebracht; bei ungewöhnlich großer Arbeitslosigkeit gewähren das Reich und die Länder Beihilfen.

* * *

Über die deutsche Sozialversicherung liegen zahlreiche Urteile vor; viel Lob, aber auch oft Tadel und Unzufriedenheit sind ausgesprochen worden.

Die Lobredner[2]) der Sozialversicherung, zu denen namentlich hohe Beamte des sozialen Versicherungswesens gehörten, behaupteten immer wieder, daß die Gesundheitsverhältnisse der Arbeiter durch die Versicherungsleistungen erheblich gebessert worden sind.

---

[1]) Über die Zahl der Erwerbslosen siehe S. 93 u. 94.

[2]) Siehe die Fußnote 1 S. 78.

Wie wenig diese Darlegungen ziffernmäßig begründet waren, wurde bereits S. 78 ff. ausgeführt. Ich meine deutlich gezeigt zu haben, daß so große Erfolge von der mangelhaft gestalteten Sozialversicherung im Hinblick auf die sonstigen sozialhygienischen Mißstände (Arbeitsverhältnisse, Nahrungsmittelteuerung usw.) gar nicht zu erwarten waren.

Mit diesem Hinweis sollte aber nicht dem Abbau, sondern dem Ausbau der Sozialversicherung das Wort geredet werden. So wenig die Ansicht von L. Bernhard[1]), der auf Grund der verhältnismäßig nicht sehr häufigen Rentenhysteriefälle von „unerwünschten Folgen der deutschen Sozialpolitik" sprach, zutrifft, so dringend notwendig war es, daß auf die „vermißten Folgen der Sozialversicherung" aufmerksam gemacht wurde.

Hier geziemt es sich, die bedeutungsvolle Kritik des sozialdemokratischen Arztes Zadek aus dem Jahre 1895, die man sonderbarerweise nirgends, auch nicht in den sozialhygienischen Schriften seiner Parteigenossen, erwähnt findet, hervorzuheben. Mit einem seltenen Weitblick führte damals bereits Zadek u. a. folgendes an:

„Die Ursachen der sozial-hygienisch geringfügigen Leistungen der Arbeiterversicherung ... bestehen in dem Mangel eines einheitlichen Planes, der feststehen mußte, bevor man an die Ausarbeitung des ersten Versicherungsgesetzes ging ... An die Stelle der vielerlei Organisationen hat eine centrale, territorial und lokal gegliederte Reichsinstitution unter thunlichster Selbstverwaltung der Arbeiter, unter Kontrole Seitens der Kommunen und des Staates und unter entscheidender Mitwirkung der Ärzte zu treten ... an die Stelle des beschränkten, bei den verschiedenen Versicherungszweigen wiederum ganz verschiedenen Kreises versicherter Personen — Einbeziehung aller, deren Einkommen nicht genügt, um für Alter, Krankheit und Invalidität selbst Fürsorge zu tragen, also auch der Hausindustriellen, der kleinen Gewerbetreibenden, der selbständigen Handwerker und Händler; an Stelle des Versicherungsprinzips, das privatwirtschaftlich ebenso selbstverständlich wie volkswirthschaftlich und hygienisch widersinnig, das Gegentheil der beabsichtigten Sicherung des Bedürftigsten erreicht — das soziale Prinzip des Rechts auf staatliche Fürsorge für Alle, die es nöthig haben .... Die private Versicherung in der Assekuranz gegen elementare Schäden, in gewissem Sinne auch in der Lebensversicherung, hat es mit unvorhergesehenen und unabänderlichen Gefahren, mit natürlichen und feststehenden Faktoren zu thun, die Arbeiterversicherung mit veränderlichen, durch gesellschaftliche Einrichtungen geschaffene und daher auch durch gesellschaftliche Einrichtungen abwendbare Gefahren, mit sozialen Erscheinungen ... Arbeiterversicherung und Arbeiterschutz stehen in dem Verhältnis von Medizin und Hygiene ... Der Achtstundentag ist für die Arbeiter wichtiger als die beste Arbeiterversicherung ... Und das Fehlen dieser positiven Arbeitsgesetzgebung, ohne welche jede Kranken-, Unfall- und Invaliditätsgesetzgebung eitel Stückwerk bleiben muß, ist es vor allem, warum unsere Arbeiterversicherung bisher ebenso hygienisch wie finanziell ungenügende Resultate lieferte. Es erscheint doch geradezu widersinnig, den Arbeiter für den Eventualfall zukünftiger Erkrankung und Invalidität und für das Alter zu sichern, ihn aber in der Gegenwart, wenn er arbeitslos ist, verhungern zu lassen."

Man wird heute dieser Kritik nicht in jeder Einzelheit zustimmen können, aber die Grundfehler der bei der Durchführung der Sozialversicherung eingeschlagenen Gesundheitspolitik hat Zadek damals durchaus zutreffend beleuchtet, indem er darauf hinwies, daß man für den kranken Arbeiter sorgte, aber sich zu wenig darum kümmerte, ihn gesund zu erhalten.

Manche bedeutungsvolle Lücke, die früher Anlaß zum Tadel gegeben hat, ist inzwischen ausgefüllt worden oder geht ihrer Ausfüllung entgegen. Hier sind vor allem die Mutterschaftsversicherung und die Arbeitslosenversicherung zu nennen. Unzulänglich ist

[1]) L. Bernhard: „Unerwünschte Folgen der deutschen Sozialpolitik", Berlin 1913. Von den vielen Arbeiten, die sich gegen Bernhard wandten, sei besonders die von Fr. Hitze, Wuermeling und Faßbender veröffentlichte Schrift „Zur Würdigung der deutschen Arbeiter-Sozialpolitik", München-Gladbach 1913, hervorgehoben.

aber noch die Familienhilfe[1]) gestaltet; es ist mit Nachdruck zu fordern, daß sie zu einer Pflichtleistung der Krankenkassen wird. Ohne Familienhilfe sind Säuglings-, Kleinkinder- und Schulkinderfürsorge nur Stückwerk, ganz gleich, welches System für diese sozialhygienischen Maßnahmen im übrigen angewendet wird. Daß die Familienhilfe die Krankenkassen nur um etwa 8% ihrer Gesamtausgaben belasten dürfte, hat A. Fischer dargelegt. Mit der jetzigen Gestalt der Unfall-[2]) und Invalidenversicherung kann man, vom sozialhygienischen Standpunkte aus, im ganzen zufrieden sein.

Um die Rechte der Versicherten bei der Bewilligung von Unfall- bezw. Invalidenrenten gehörig zu wahren, sollten die Arbeiterorganisationen den 1908 von A. Fischer veröffentlichten Vorschlag, Gewerkschaftsärzte anzustellen, verwirklichen; wie die Versicherungsträger durch ihre Vertrauensärzte jeden, der eine Rente beansprucht, untersuchen lassen, um nicht zuviel zu bewilligen, so sollten die Versichertenverbände dafür sorgen, daß nicht zu wenig als Entschädigung gezahlt wird. Eine unzulängliche Rente führt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen mancher Arten; vom sozialhygienischen Standpunkte ist daher zu fordern, daß jeder Verletzte, der dauernd erwerbsbeschränkt ist, eine der Einbuße tunlichst gleichwertige Entschädigung erhält.

Vor allem muß von den Befugnissen der in der RVO. enthaltenen §§ 363 und 1274, wonach Krankenkassen und Landesversicherungsanstalten Geldmittel auch für allgemeine Krankheits- bezw. Invaliditätsverhütung aufwenden dürfen, möglichst viel Gebrauch gemacht werden. Dadurch würde die Sozialversicherung auch zu großen Leistungen im Sinne des Gesundheitsschutzes, nicht nur der Krankenfürsorge, gelangen.

Freilich sind solche Aufgaben nicht ohne Geldaufwand zu lösen; und hierbei ist auch die Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Industrie auf dem Weltmarkt zu berücksichtigen. Aber Kaufmann, der bisherige Präsident des Reichsversicherungsamtes, schrieb einmal, daß bei der Sozialversicherung Altruismus und Egoismus vor denselben Wagen gespannt werden sollen. Und Lloyd George[3]) betonte 1914, als er sich über die englische Arbeiterversicherung aussprach:

„Einer der wichtigsten Zweige des nationalen Lebens, welchen man aus Mangel an Kapital nicht nur bei uns, sondern in allen Ländern hat verschmachten lassen ist die Gesundheit und Kraft

---

[1]) Amtliche Angaben über die Ausdehnung der Familienhilfe sind nur einmal, auf Grund einer Erhebung vom Jahre 1904 im Regierungsbezirk Köln (siehe „Statistik des Deutschen Reiches" Bd. 177), veröffentlicht worden. Aus einer von A. Fischer 1919 in Baden durchgeführten Untersuchung ging hervor, daß nur 8% der Ortskrankenkassen und 24% der Betriebskrankenkassen Familienhilfe gewähren. Wie im „Jahrbuch der Krankenversicherung 1919", herausg. von H. Lehmann, Dresden 1920, mitgeteilt wurde, hatten von den 722 an der Statistik des Hauptverbandes der deutschen Ortskrankenkassen beteiligten Kassen 248 = 34% die Familienhilfe eingeführt. Inzwischen ist die Zahl der Kassen mit Familienhilfe noch gestiegen. In Württemberg ist die Familienversicherung verhältnismäßig stark ausgedehnt. Nach Angabe der „Sozialen Praxis" (Jahrg. 30 Nr. 15) betrug 1921 der Durchschnitt der mit Familienhilfe Versicherten 74,48% aller Kassenmitglieder (74,08% der Mitglieder der Ortskrankenkassen). Es wird freilich nicht angeführt, was unter „Familienhilfe" — der Begriff ist dehnbar — bei den württembergischen Kassen verstanden wird. Über die Bestrebungen, welche sich mit dem Ausbau der Familienversicherung befassen, siehe „Sozialhyg. Mitteil." 1920 S. 116 ff. und 1921 S. 13.

[2]) Daß auch die gewerblichen Vergiftungen wie Unfälle zu entschädigen sind, wurde schon auf S. 318 betont. Erwähnenswert ist hier die vom Bundesrat veröffentlichte Bekanntmachung über die Gewährung von Sterbegeld und Hinterbliebenenrente bei Gesundheitsschädigung durch aromatische Nitroverbindungen vom 12. Oktober 1917 (RGBl. Nr. 179).

[3]) Siehe das Geleitwort von Lloyd George in dem Buch von H. A. Walter „Die neue englische Sozialpolitik", München 1914.

der arbeitenden Klassen. Wir stecken jetzt mehr Kapital in diesen Zweig des nationalen Geschäfts — mit vollen Händen und voll Vertrauen —, denn wir wissen, daß es mit der Zeit hohe Zinsen tragen wird, nicht nur durch den zunehmenden Wohlstand und die wachsende Zufriedenheit der Arbeiter, sondern auch durch größeren materiellen Gewinn für das ganze Volk."

Während und noch mehr nach dem Weltkriege häuften sich die Veröffentlichungen, welche eine Neugestaltung der Sozialversicherung im Zusammenhang mit der Verstaatlichung des Ärzte- und Fürsorgewesens anstrebten. Wir kommen hierauf in dem Abschnitt „Ärzte- und Krankenhauswesen" näher zu sprechen. Hier sei nur auf einen als „Gesetzentwurf" bekanntgegebenen Plan von H. Lehmann, dem Geschäftsführer des Hauptverbandes der deutschen Ortskrankenkassen, hingewiesen. Nach diesem Vorschlage soll das gesamte Krankenkassenwesen jedes Bezirks einheitlich zusammengefaßt und mit dem gesamten städtischen sozialhygienischen Fürsorgewesen zu einem Zweckverband verschmolzen werden. Der Plan fand zwar weder bei den Betriebskrankenkassen noch bei den Stadtverwaltungen Zustimmung; richtig ist aber, daß eine Verminderung der Kassenärzte erwünscht ist, weil dann die Familienhilfe sich leichter durchführen läßt, und daß das Fürsorgewesen ausgebaut werden muß, was zugleich die Anstellung vieler Ärzte und dadurch die Verkleinerung der Kassenarztziffer zur Folge hätte

Die Aussichten auf eine wesentliche Neugestaltung der gesamten Sozialversicherung oder auch nur auf einen Ausbau in der Richtung der Wochenhilfe und der Familienversicherung scheinen geringer geworden zu sein, als man in der letzten Zeit meinen durfte. Daß die einzelnen Zweige der Sozialversicherung nicht zusammengelegt werden, obwohl dies schon längst und oft verlangt wurde, geht aus den im Juni 1924 veröffentlichten Ausführungen von Spielhagen hervor. Auch Kaufmann hat soeben dargelegt, daß er die bisherige Spaltung der Versicherung bestehen lassen will, „weil sie auf heute noch zutreffenden wohlerwogenen versicherungs- und verwaltungstechnischen Erwägungen und nicht lediglich auf den Zufälligkeiten des geschichtlichen Werdegangs beruht"; aber er wünscht eine Annäherung der einzelnen Versicherungsträger und zweckmäßige Verteilung der Fürsorge unter ihnen. Daß an eine Ausdehnung der Kassenleistungen, nach Angabe von Spielhagen[1]), im Sinne der Familienkrankenhilfe und der Wochenhilfe angesichts der allgemeinen Finanzlage bis auf weiteres nicht zu denken ist, zeigt, daß auf diesem Gebiete all die große Mühe der Sozialhygieniker während der letzten Jahre erfolglos zu bleiben scheint. Erfreulich ist es aber, daß in einem am 5. Juni 1924 dem Reichstag von der Zentrumsfraktion überreichten Antrag (Reichstagsdrucksache Nr. 179) „begrenzte Familienkrankenpflege" und Familienwochenhilfe gefordert werden.

Von welchen Gedanken die maßgebenden Männer im Reichsarbeitsministerium sich bei der Gestaltung der Sozialversicherung leiten lassen dürften, erkennt man aus der oben mehrfach erwähnten Veröffentlichung von Grieser, wo es u. a. heißt:

„Die Zukunftsaufgabe besteht nicht in der Jagd nach unklaren Zielen mit nicht übersehbaren Lasten für Wirtschaft und Versicherungsträger. Schon in der bloßen Forderung einer allgemeinen Staatsfürsorge liegt eine augenblickliche Gefahr für den Bestand der Versicherung. Das unsichere Bessere darf nicht der Feind des sicheren Guten werden.

Eine notwendige Zeitaufgabe ist aber die Umwertung der Leistungen. Für die Sozialversicherung ist nicht der Versicherte für seine Person allein, sondern als Mensch in eigenartigen Verhältnissen und mit eigenartigen Bedürfnissen Gegenstand der Sorge. Die Versicherung muß in dem Versicherten auch den Familienvater und Ernährer von Angehörigen sehen. Als Folgerung daraus ergibt sich von selbst: Die soziale Umgestaltung der Leistungen, insbesondere die Bemessung des Krankengeldes

[1]) Vgl. die Fußnote 1 S. 232.

und der Unfallrente nach dem Familienstande des Versicherten sowie die beschränkt freie Kur und Arznei für die Angehörigen der Versicherten. Den Sachleistungen — Gesundheitspflege, Heilbehandlung und Berufsfürsorge — gebührt aus Gründen der Bevölkerungspolitik beherrschende Stellung. Die Sozialversicherung soll z. B. in dem versicherten Tuberkulösen nicht bloß den Kranken für seine Person sehen, sondern zugleich den Verbreiter einer gefährlichen Seuche. Sie sieht neben dem Kranken auch die Angehörigen, die um ihn herum sind, und im weiteren Kreise auch die Volksgenossen, denen der Kranke schaden kann. Mit dem Heilverfahren verbindet sich der Schutz der Familie und der Schutz der Gesellschaft gegen Ansteckung sowie die Beteiligung der Versicherungsträger an den allgemeinen Aufgaben der sozialen Hygiene."

Wie man sieht, sind die Grundgedanken, welche die Sozialhygieniker seit vielen Jahren vertreten haben, trotz der schlechten Aussichten für die Familienkrankenpflege und -wochenhilfe in das Reichsarbeitsministerium gedrungen. Die Sozialversicherung ist auf dem Wege, die sozialhygienischen Mißstände nicht nur in ihren Wirkungen, sondern in ihren Ursachen zu bekämpfen.

Literatur: *1.* **O. Burkard:** *„Soziales Versicherungswesen in Österreich", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 2.* **Eucken-Addenhausen:** *„Krankenversicherungsgesetz. Textausgabe mit Einleitung", 11. Aufl., Berlin 1905. — 3.* **Fenkner:** *„Krankenkassen und Volkswohlfahrt", Veröff. a. d. Geb. d. Medizinalverw. Bd. 17 Heft 4, Berlin 1923. — 4.* **A. Fischer:** *a) „Zur Diskussion über meinen Vorschlag, Gewerkschaftsärzte anzustellen", Soz. Med. u. Hyg. 1908 Heft 10; b) „Invaliden- und Altersversicherung im Deutschen Reiche", „Krankcnversicherung im Deutschen Reiche (Organisation)", „Soziales Versicherungswesen in England", „Soziales Versicherungswesen in Frankreich", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912; c) „Die sozialhygien. Bedeutung der Reichsversicherungsordnung", Kultur u. Fortschritt Nr. 409/10, Gautzsch b. Leipzig 1912; d) siehe Literatur S. 94 Ziff. 6a; e) siehe Literatur S. 253 Ziff. 4b u. c. — 5.* **Grieser:** *„Die Wiederherstellung d. Sozialversicherung", Reichsarbeitsbl. 1924 Nr. 16. — 6.* **Groth:** *s. Literatur S. 94 Ziff. 7a u. b. — 7.* **H. Häberlin:** *„Soziales Versicherungswesen i. d. Schweiz", Art. i. Handw. d. soz. Hyg., Leipzig 1912. — 8.* **H. Jäger** *und* **O. Neuburger:** *„Verordnung über die Erwerbslosenfürsorge vom 16. Februar 1924", Stuttgart 1924. — 9.* **P. Kaufmann:** *a) siehe Fußnote 1 S. 78; b) „Schadenverhütendes Wirken in der deutschen Arbeiterversicherung", Berlin 1913; c) „Zur Umgestaltung der deutschen Sozialversicherung", Deutsch. med. Wochenschr. 1924 Nr. 45. — 10.* **A. Kohn:** *a) „Die künftige Gestaltung der vorbeugenden Tätigkeit der Krankenkassen", 2. Aufl., Berlin 1917; b) gemeinsam mit R. Lennhoff, bezw. B. Möllers: „Krankenversicherung", „Unfallversicherung", „Invaliden- und Hinterbliebenenversicherung", Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspfl. i. Deutsch. Reiche", herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 11.* **Julius Kohn:** *„Betriebskrankenkassen", Ortskrankenkasse 1922 Nr. 23. — 12.* **H. Lehmann:** *„Zur Reform der Arbeiterversicherung", Volkstüml. Zeitschr. f. prakt. Arbeitervers. 1919 Nr. 12. — 13.* **R. Lennhoff:** *siehe Ziffer 10. — 14.* **P. Mayet:** *„Krankenversicherung im Deutschen Reiche (Statistik)", Art. i. Handw. d. Soz. Hyg., Leipzig 1912. — 15.* **B. Möllers:** *a) siehe Ziffer 10; b) „Angestelltenversicherung", Abhandl. i. „Gesundheitsw. u. Wohlfahrtspfl. i. Deutsch. Reiche", Berlin 1923. — 16.* **A. Peyser:** *„Die Familienversicherung in ihren Wirkungen auf die Volksgesundheit und Tätigkeit des Arztes", Leipzig 1919. — 17.* **G. Pietsch:** *siehe Literatur S. 94 Ziffer 12. — 18.* **H. Potthoff:** *„Angestelltenversicherungsgesetz in der vom 1. Juni 1924 an gültigen Fassung", Stuttgart 1924. — 19.* **Schmittmann:** *„Die deutsche Sozialversicherung in ihrer heutigen Gestaltung", Düsseldorf 1921. — 20.* **W. Spielhagen:** *„Reform der Arbeiterversicherung", Ärztl. Mitteil. 1924 Nr. 24. — 21.* **C. Witowski:** *„Die Arbeiterversicherung in den Kulturstaaten", Kempten 1910. — 22.* **Zadek:** *„Die Arbeiterversicherung. Eine sozial-hygienische Kritik", Jena 1895. — 23.* **Fr. Zahn:** *„Wirkung der deutschen Sozialversicherung, mit Nachtrag. Die Sozialversicherung und der jetzige Krieg", München 1915. — 24.* **v. Zwiedeneck-Südenhorst:** *„Hat die deutsche Sozialversicherung die in sie gesetzten Erwartungen erfüllt?", Zeitschr. f. d. ges. Versicherungswissensch. 1913 Bd. 13 S. 273 ff.*

5. Ärzte- und Krankenhauswesen.

In dem Abschnitt „Geschichte der sozialen Hygiene" wurde bereits betont, daß die Hygiene als Wissenschaft von dem Stande der Medizin abhängig ist. Auch die praktische Durchführung der meisten und wichtigsten Aufgaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens liegt, wie wir gesehen haben, vor allem in den Händen der beamteten und sonstigen

Ärzte. Gesundheitswesen und Ärztewesen sind aufs engste miteinander verknüpft. Und was für die Ärzte gilt, trifft auch zum großen Teil für das übrige Heilpersonal, die Zahnärzte[1]), die Apotheker[2]), die Hebammen[3]), die Fürsorgerinnen, die Krankenpfleger und -schwestern[4]) sowie für die Heilanstalten zu.

Es ist nun, nachdem wir erörtert haben, wie die Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge und der Sozialversicherung wirken bezw. wirken sollen, darzulegen, welche Bedeutung dem Heilwesen für die Volksgesundheit zukommt. Im Hinblick auf den verfügbaren Raum können wir uns jedoch keineswegs mit allen Teilen des Heilwesens hier befassen; wir müssen uns auf die wichtigsten Zweige, das Ärzte- und Krankenhauswesen, beschränken.

Wie hoch die Ärzte schon im Altertum geschätzt wurden, darüber besitzen wir manche Angaben. „Halte den Arzt in Ehren", so liest man in den Sprüchen von Jesus, dem Sohn Sirachs, Kap. 38, und in der Ilias heißt es im 11. Gesang, Vers 514: „Denn ein heilender Mann ist wert wie viele zu achten." Dies Ansehen haben die Ärzte in allen Ländern durch die Jahrtausende hindurch sich zu wahren gewußt; und hieraus ist zu schließen, daß die Ärzte im allgemeinen, soweit es bei dem jeweiligen Stande der Heilwissenschaft möglich war, zahlreichen Menschen geholfen und dadurch zugleich die Volksgesundheit gefördert haben.

Aber die Tätigkeit der Ärzte war bis vor etwa einem Menschenalter, wenn man von den beamteten Ärzten absieht, lediglich individuell, rein medizinisch. Die Ärzte dienten dem einzelnen Kranken und gaben auch Vorschriften, wie er neue Erkrankungen verhüten kann. Selbst die bedeutendsten Ärzte gingen, mit wenigen Ausnahmen, nicht über das Gebiet, das man Diätetik (siehe S. 30) nannte, hinaus, auch zu der Zeit noch nicht, als J. P. Frank (siehe S. 33) schon lange sein bahnbrechendes Werk veröffentlicht hatte.

Eine Vorliebe für das Gebiet der öffentlichen Hygiene besteht nicht bei jedem Arzt, auch wenn er sich mit individueller Hygiene befaßt und in der Krankenbehandlung sehr Tüchtiges leistet. Ja, es werden auch jetzt noch — allerdings nur sehr vereinzelt — Stimmen laut, welche es für ratsam halten, daß die hygienische Betätigung des Arztes sich auf die Behandlung nebst den individuellen diätetischen Verordnungen beschränken soll. So schrieb 1919 W. Hellpach[5]):

„Der Arzt als Krankheitenheiler bleibt übrigens ganz von selber im Dienst der Hygiene. Die rechtzeitige Erkennung und gründliche Behandlung der einzelnen Erkrankung bildet einen ganz wesentlichen Bestandteil auch der öffentlichen Gesundheitspflege — man denke nur an die Tuberkulose und neuestens an die Syphilis, von der man immer deutlicher einsieht, daß ihre Ausrottung als Seuche am sichersten bewirkt wird durch ihre rasche und sichere Heilung im einzelnen Infektionsfalle. Wir meinen, die Mitwelt täte sehr wohl daran, wenn sie nicht die Ärzte in lauter Sozialhygieniker, vollgepfropft mit juristischem, soziologischem, nationalökonomischem, statistischem und was weiß ich noch für Wissen umzuschaffen sich übereiferte. Es möchte darüber am Ende der eigentliche Arzt als Heilkundiger verlorengehen, und die Nachwelt würde ihn vielleicht wieder herzustellen haben, um auch die ganze Gesundheitspflege zu retten, die mit dem Eckpfeiler der Krankheitsheilung steht und fällt."

---

[1]) Siehe: A. Cohn: a) „Leitfaden zum Studium der sozialen Zahnheilkunde", Berlin 1922; b) „Die soziale Zahnheilkunde in Deutschland", Sozialhyg. Rundschau 1924 Nr. 12.

[2]) Siehe E. Urban: „Apotheken und Arzneiverkehr", Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 1.

[3]) Siehe Rapmund: „Hebammenwesen", Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 5.

[4]) Siehe R. Mühsam: „Krankenpflegepersonal", Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1917, Bd. 3.

[5]) W. Hellpach: „Die Neugestaltung des medizinischen Unterrichts", Berlin 1919.

Gerade entgegengesetzt lautet eine Äußerung von G. Pick aus dem Jahre 1917: „Als Sozialhygieniker hat sich heute jeder Arzt zu betätigen, insbesondere aber der Kassenarzt."

Zu diesen beiden Ansichten ist folgendes zu bemerken: Der Sozialhygieniker ist ein Forscher, genau wie die Gelehrten auf dem Gebiete der physischen Hygiene. An die Forscher richtet man andere Forderungen wie an die Praktiker, die Ärzte. Wie man von dem Arzt im allgemeinen nicht verlangen kann, daß er alle Methoden und Einzelheiten der physischen Hygiene kennt, so läßt sich auch nicht beanspruchen, daß er mit soziologischem, statistischem usw. Wissen vollgepfropft ist. Aber man muß hierbei unterscheiden, ob es sich um den Heilarzt, Individualarzt[1]), der sich mit dem Einzelkranken befaßt, oder um den Fürsorgearzt, Sozialarzt[1]), der sozialhygienische Mißstände durch geeignete sozialhygienische Maßnahmen bekämpfen soll, handelt. Der Fürsorgearzt wird mit den Forschungsergebnissen der sozialen Hygiene so vertraut sein müssen, wie der Kreis-(Bezirks-)Arzt, in dessen Händen die Gesundheitspolizei liegt, mit den Lehren der physischen Hygiene, womit natürlich nicht gesagt sein soll, daß nicht Fürsorgearzt und Kreisarzt je nach den obwaltenden Verhältnissen in beiden Zweigen der öffentlichen Hygiene bewandert sein müssen. Aber diesen Ansprüchen, die an die staatlichen und städtischen Gesundheitsbeamten zu richten sind, braucht nicht jeder behandelnde Arzt, auch nicht jeder Kassenarzt zu genügen, wenn ihn seine Neigung nicht dazu drängt, sich mit Fragen der öffentlichen Hygiene zu beschäftigen.

Es kann nicht zweifelhaft sein, daß je länger je mehr sich eine Zweiteilung innerhalb der Ärzteschaft vollzieht; auf der einen Seite werden die behandelnden Ärzte, auf der anderen die ausschließlich dem Gesundheitsschutz dienenden Ärzte stehen. Von der Art, wie sich diese Entwicklung vollziehen wird, hängt das Schicksal des Ärztestandes und seine Bedeutung für die Volksgesundheit ab. Es gilt, diese Entwicklung nach Möglichkeit in eine alle Teile befriedigende Bahn zu leiten.

Um hierbei die richtigen Wege zu finden, müssen wir einen Blick auf die Vorgänge im Ärztewesen werfen und namentlich die letzten Jahrzehnte betrachten.

Es wurde oben (S. 27) dargelegt, daß es im frühen Mittelalter zunächst nur Klerikerärzte gab, von weltlichen Ärzten hört man erst später. Diese waren Heilärzte und Gesundheitsbeamte zugleich, anfangs sogar auch Apotheker. Die Ärzte zählten zu den Gelehrten. Neben ihnen bildete sich nicht nur der Apothekerstand, sondern auch die Berufsklasse des unteren Heilpersonals, insbesondere die Bader und Scherer, die man später Wundärzte nannte. Viele von den letzteren leisteten, namentlich zu Kriegszeiten, als praktische Chirurgen sehr Tüchtiges. Unsere Abbildungen 65 und 66, die Kupferstiche aus dem Jahre 1698 wiedergeben, gewähren einen Einblick in die Tätigkeit des naturwissenschaftlich gebildeten Doktors einerseits und des meist nur praktisch ausgebildeten Wundarztes andererseits. Der Physikus Jaegerschmid schildert in seiner (S. 32) erwähnten, aus dem Jahre 1760 stammenden Beschreibung des einstigen badischen Oberamtes Rötteln ausführlich alle in seinem Bezirk tätigen Chirurgen[2]), ohne einen anderen Arzt anzuführen; offenbar war Jaegerschmid damals in seinem Physikat der einzige Arzt. Und wenn auch

[1]) Die Ausdrücke „Individualarzt" und „Sozialarzt" findet man oft in der Literatur; um zu kennzeichnen, wie verschieden die Aufgaben der beiden Gruppen von Ärzten sind, eignen sich diese Namen einigermaßen. Es empfiehlt sich aber, statt ihrer die deutschen klaren Bezeichnungen „Heilarzt" und „Fürsorgearzt" zu benutzen.

[2]) Näheres hierüber bei A. Fischer, siehe S. 32 Fußnote 1.

zu jener Zeit in den großen Städten schon viele Ärzte tätig waren, so hört man doch nichts von einem Ärzte-Überfluß, aber davon, daß es in manchen, vor allem in ländlichen Gegenden, an Ärzten gemangelt hat. Eine Notlage der Ärzte war damals offenbar nicht vorhanden.

Abb. 65.



Abb. 66.



Kupferstiche von Chr. Weigel (1698).

Dagegen entnimmt man Schilderungen, die um das Jahr 1848 herum veröffentlicht wurden, daß, wie sich R. Volz, der Herausgeber der einstigen „Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins" und der späteren „Ärztlichen Mitteilungen aus und für Baden", ausdrückte, mit der allgemein sich vollziehenden Umwandlung der Gesellschaftsverhältnisse in jener Zeit auch bei den Ärzten „die Unbehaglichkeit und in ihrem Gefolge die Unzufriedenheit sich eingenistet" haben. Damals verlangte man bereits, daß der „Staat die ärztliche Gesundheitspflege für die Sache seiner Verpflichtung erkläre", und forderte, daß „er demgemäß sämtliche Ärzte in seinen Dienst nehme und ihnen Besoldung gebe". Volz wandte sich hiergegen und wies hinsichtlich der Verstaatlichung des Ärztewesens, die damals in Nassau bestand, darauf hin, „daß dort zu denselben Klagen, welche überall ertönen, noch die besonderen über ihre eigenen Zustände kommen". Diese Strömungen der 48er Jahre betrachtete man aber kurze Zeit darauf, wie aus einer 1869 von Volz veröffentlichten Schrift hervorgeht, als einen „überwundenen Standpunkt", besonders seitdem in dem 1866 preußisch gewordenen Nassau das einzige Beispiel der Verstaatlichung des Ärztewesens zu leben aufhörte. „Kein Staat denkt mehr an eine solche rein väterliche Fürsorge", schrieb Volz, „kein Arzt verlangt mehr eine solche".

Auf Grund der im Jahre 1869 geschaffenen Gewerbeordnung (siehe unten S. 460) wurde aber die Heilbehandlung freigegeben; Kranke durfte von da an behandeln, wer mochte und wer solche hatte. Mit dieser Kurierfreiheit beginnt ein neuer Abschnitt im Ärztewesen. Die Behandlung durch Laien war kein Nutzen für die Volksgesundheit; zugleich wurden die Ärzte in ihren wirtschaftlichen Verhältnissen bedroht. Aber von einer

Notlage der Ärzte war zunächst noch keine Rede; denn die Zahl der Ärzte war verhältnismäßig noch nicht groß, und es gab noch einen breiten zahlungsfähigen Mittelstand, so daß die Ärzte ihrem Eide gemäß auch weiterhin, wie seit dem 12. Jahrhundert, die Armen unentgeltlich behandelten.

Aber die wirtschaftlichen Veränderungen, die sich besonders seit der Gründung des Deutschen Reiches vollzogen — Übergang vom Agrar- zum Industriestaat, Bildung der Großbetriebe und der Großstädte —, beeinflußten auch die Lage des Ärztestandes. Der den Kern der Privatpraxis bildende Mittelstand wurde immer bedeutungsloser gegenüber der Zahl der zu Proletariern gewordenen Menschenmassen. Dazu kam, daß die Ziffer[1]) der Ärzte weit stärker stieg, als dem Bevölkerungszuwachs entsprach, und daß immer weitere Volksschichten Krankenkassen angehören mußten. Zahlreiche Ärzte waren daher genötigt, sich um die Tätigkeit bei den Krankenkassen zu bemühen, obwohl diese häufig geradezu unwürdige „Honorare" zahlten.

Seit den 90er Jahren lebte der Gedanke der Verstaatlichung des Gesundheits- und Heilwesens wieder auf, und zwar von zwei ganz verschiedenartigen Richtungen her.

Schallmayer[2]) trat 1891 aus rassehygienischen Gründen dafür ein, „daß sämtliche Ärzte die Stellung von Staatsbeamten haben sollen". Aber so wenig wie die Veröffentlichung Schallmayers im allgemeinen, so wenig wurde dieser Vorschlag gebührend beachtet. Grotjahn[3]) bezeichnete 1904 diesen Plan Schallmayers als „unzeitgemäße und unpopuläre Forderung". Trotzdem hat 1906 der badische Bezirksarzt Kürz[4]), der zu den Bahnbrechern der sozialen Hygiene gehört, der Verstaatlichung der Ärzte das Wort geredet, um diese für die hygienischen Aufgaben des Staates zu gewinnen. Gottstein schlug 1908 die Anstellung der Ärzte als städtische Beamte vor; er fand aber bei den Berliner Ärzten allgemein Widerspruch, besonders bei R. Lennhoff, der den „Therapiebeamten" entschieden ablehnte. Auch ich habe 1913 in meinem „Grundriß" die vom gesundheitlichen Standpunkte aus zu erkennenden Vorzüge der im Laufe der Zeit zu erwartenden Verstaatlichung des Ärztewesens dargelegt.

Die aus den obengenannten Gründen entstandene Notlage, in die während der 90er Jahre bereits viele Ärzte gelangt waren, veranlaßte ebenfalls dazu, die Verstaatlichung zu fordern. Besonders war es der hannoversche Arzt H. Beckers, der, gestützt auf die Schrift „Nationalisation of health" von Havelock Ellis, 1895 die staatliche Anstellung der Ärzte als das Mittel ansah, um den Notstand der Ärzte zu beseitigen und das Gesundheitswesen zu fördern. Aber der Prager Medizinalstatistiker Th. Altschul ließ 1896 die Begründung von Beckers nicht gelten. Er betonte, daß die Verstaatlichung nur die minder oder gar nicht beschäftigten Ärzte zufriedenstellen würde; „man würde mithin nur erreichen, daß die jetzt Unzufriedenen — allerdings auch nur zum Teile — die Zufriedenen würden, während die jetzt Zufriedenen die Unzufriedenen ausmachen würden; die Rollen wären vertauscht, aber das Stück bliebe dasselbe".

Bis zum Ausbruch des Weltkrieges wurde es in Ärztekreisen gewissermaßen als eine Ketzerei betrachtet, wenn man von der Verstaatlichung sprach. Daß diese auch in dem

---

[1]) Siehe E. Sardemann: „Wer soll und wer darf Arzt werden?", Leipzig 1912.

[2]) Der volle Titel seiner S. 39 erwähnten Schrift lautet: „Über die drohende körperliche Entartung der Kulturmenschheit und die Verstaatlichung des ärztlichen Standes", Berlin 1891.

[3]) Siehe „Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen a. d. Geb. d. soz. Hyg. u. Demographie", herausg. v. Grotjahn u. Kriegel, Jena 1904, Bd. 3 S. 224.

[4]) E. Kürz: Siehe Literatur S. 8 Ziffer 8.

„Erfurter Programm" der Sozialdemokraten gefordert wurde, war nur ein Grund mehr, diesen Gedanken bei den Ärzten, die in hartem Kampfe mit den häufig von Sozialdemokraten geleiteten Krankenkassen standen, unbeliebt zu machen. Die Ärzte erblickten in einer lückenlosen Organisation, welche die freie Arztwahl[1]) erwirken sollte, das Mittel, um sich gegen die Herrschaft der Krankenkassenführer zu wehren. So entstand neben dem 1872 von H. E. Richter gegründeten Deutschen Ärztevereinsbund, welcher vor allem die wissenschaftlichen und ethischen Standesangelegenheiten vertrat, auf Anregung und unter Führung von Hartmann 1900 der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen (gewöhnlich Leipziger Verband, neuerdings Hartmannbund genannt).

Der Hartmannbund hat große Erfolge aufzuweisen; aber die Klagen der Ärzte, besonders der Kassenärzte, fanden kein Ende. Dahin waren die Zeiten, wo jeder Arzt[2]) im Wagen zu seinen Kranken fuhr und zu den begüterten und geachtetsten Bürgern gehörte. Je länger je mehr verschlechterte sich aus mannigfachen Gründen die wirtschaftliche Lage der Ärzte, und seit dem ersten Ärztestreik in Leipzig 1904 hat ihr Ansehen gewiß nicht gewonnen.

Während des Weltkrieges tauchte nun der Gedanke der Verstaatlichung wieder auf. Seit 1916 bereits erschien in den ärztlichen Vereinsblättern[3]) eine große Zahl von Aufsätzen für und gegen die Verbeamtung der Ärzte. In der obenerwähnten Schrift, die Pick 1917 veröffentlichte, sollte gewissermaßen eine Brücke geschlagen werden; er forderte: „Nicht Staatsarzt oder Privatarzt soll die Losung sein, sondern Staatsarzt und Privatarzt." Bei Kriegsende und besonders nach dem staatlichen Umsturz bis in die jüngste Zeit häuften sich die Vorschläge, welche die „Verstaatlichung" oder „Verstadtlichung" oder „Vergesellschaftung" oder „Verbeamtung" bezweckten; immer handelte es sich darum, daß die Ärzte nicht mehr in der bisherigen freien Weise ihren Beruf ausüben, sondern als Beamte irgendeiner Körperschaft gegen feststehende Bezahlung tätig sein sollen. Hingewiesen sei hier auf die Veröffentlichungen besonders von E. Neumann, M. Hirschfeld, Epstein, Röder, dessen Darlegungen von H. Lehmann (siehe S. 445) benutzt wurden, Teleky, Hahn.

Solche Fragen können jedoch nicht von Einzelpersonen behandelt werden; hier ist eine Gemeinschaftsarbeit der Vertreter von den maßgebenden Körperschaften erforderlich. Auf Anregung von A. Fischer hatte der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege 1919 einen besonderen Ausschuß, der sich mit der Sozialisierung des Heilwesens beschäftigen sollte, gebildet; in ihm vereinigten sich die Vertreter der Ärzteverbände und der Krankenkassenverbände mit Hygienikern zu ausgiebigem schriftlichen und mündlichen Gedankenaustausch, als dessen Ergebnis u. a. folgende Leitsätze der Vereinsversammlung vorgelegt wurden:

„Eine scharfe Umschreibung und Erklärung dessen, was unter ‚Sozialisierung des Heilwesens' zu verstehen ist, läßt sich — zurzeit wenigstens — nicht geben. Das Wichtigste und das Berechtigste daran ist der Wunsch, allen Deutschen die Möglichkeit einer guten ärztlichen Versorgung zu verschaffen, nicht nur im Falle der Erkrankung, sondern auch zur Verhütung von Krankheiten, zur Pflege der Gesundheit. Abgesehen von der Aufklärung aller Schichten des Volkes darüber, daß es dringend geboten ist, die zur Verfügung stehende ärztliche Hilfe auch wirklich rechtzeitig und in ausreichendem

[1]) Die freie Arztwahl ist auch vom sozialhygienischen Standpunkte aus zu fordern.
[2]) Siehe K. Doll: „Dem Hausarzt zum Gedächtnis", Sozialhyg. Mitteil. 1923 Heft 1 und 2.
[3]) Siehe „Ärztliches Vereinsblatt" sowie „Ärztliche Mitteilungen" von 1916 an.

Maße in Anspruch zu nehmen, läßt sich der Wunsch nach einer besseren ärztlichen Versorgung des deutschen Volkes schon jetzt durch zwei Maßnahmen erfüllen: durch die allgemeine Einführung der Familienversicherung und durch einen umfassenden Ausbau der sozialhygienischen Fürsorge ... Kreisärzte und Fürsorgeärzte in leitenden Stellen sollen hauptamtlich mit ausreichender Bezahlung angestellt werden, während bei der eigentlichen Ausübung der Fürsorge praktische Ärzte in nebenamtlicher Tätigkeit — bis auf weiteres wenigstens — in erheblicher Zahl herangezogen werden müssen. Eine planmäßige, gerechte Verteilung der Ärzte über das ganze Land ist nur unter Mitwirkung der ärztlichen Standesvertretungen zu erreichen ... Die erforderlichen Mittel für die Neugestaltung der öffentlichen Gesundheitspflege muß der Staat aufbringen."

Die Leitsätze, die der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege[1]) am 26. Oktober 1919 einstimmig annahm, hatte A. Fischer ausführlich begründet; er wies namentlich darauf hin, daß im Hinblick auf die Geldverhältnisse der deutschen Länder eine Verstaatlichung der Ärzte für absehbare Zeiten nicht in Frage kommen kann, zumal der Deutsche Ärztetag im September 1919 die Verbeamtung entschieden abgelehnt hat. Aber erhebliche Fortschritte für die Volksgesundheit wären durch die die Zahl der Kassenärzte verringernde Anstellung zahlreicher Fürsorgeärzte und durch die dann leichter durchführbare Familienversicherung zu erreichen.

Die sozialhygienische Fürsorge ist inzwischen einigermaßen ausgebaut worden, und eine weitere Ausdehnung ist zu erwarten. Aber bis jetzt sind diese Maßnahmen noch nicht so weit gediehen, daß die Zahl der Fürsorgeärzte die Ziffer der Kassenärzte merklich verkleinern konnte. Hiervon hängt jedoch nach Angabe der Kassenvertreter die Einführung der Familienhilfe als Pflichtleistung wesentlich ab. Wie gering zurzeit die Aussichten sind, daß wir diese von allen Sozialhygienikern als unentbehrlich bezeichnete Krankenhilfe für die Angehörigen der Kassenmitglieder in Bälde erhalten, wurde auf S. 445 dargelegt. Im großen ganzen stehen wir mithin noch heute dort, wo wir uns 1919 befanden.

Inzwischen nahmen die Kämpfe zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht ab; beide Teile waren unzufrieden, was schon allein durch die Geldentwertung verursacht wurde. Da die Leistungsfähigkeit der durch ein Reichsgesetz angeordneten Krankenkassen gefährdet schien, hielten der Reichstag und die Reichsregierung eine Anzahl Gesetze und Verordnungen für erforderlich. Hier ist zunächst das Gesetz zur Sicherung der ärztlichen Versorgung bei den Krankenkassen vom 20. April 1923 (RGBl. S. 463) zu nennen; danach kann der Reichsarbeitsminister bestimmen, wie die Krankenkassen über die Vorschrift der §§ 370, 371 der RVO. hinaus ermächtigt werden, statt Krankenpflege und ärztlicher Behandlung eine bare Leistung zu gewähren. Daß hierdurch die Volksgesundheit erheblich leiden würde, ist von mehreren sozialhygienisch tätigen Ärzten[2]) deutlich zum Ausdruck gebracht worden. Bis jetzt ist nicht bekanntgeworden, daß der Reichsarbeitsminister von diesem Gesetz Gebrauch gemacht hat. Es ist auch sehr fraglich, ob die Kassen davon einen finanziellen Nutzen gehabt hätten.

Die Reichsregierung beschritt nun andere Wege. Die Verordnung über Ärzte und Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (RGBl. S. 1051) bestimmt, daß zur Regelung der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten ein Reichsausschuß für Ärzte und Krankenkassen zu bilden ist. Dieser Ausschuß soll Richtlinien aufstellen, die sich erstrecken auf: die Zulassung der Ärzte zur Tätigkeit bei den Kassen, den allgemeinen Inhalt der Arztverträge, Art und Höhe der Vergütung für ärztliche Leistungen, die Ein-

[1]) Siehe „Bericht über die 40. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege", Braunschweig 1921.

[2]) Siehe „Ärztliches Vereinsblatt" vom 9. Januar 1923.

richtungen, welche zur Sicherung der Kassen gegen eine unnötige und übermäßige Inanspruchnahme der Krankenhilfe erforderlich sind, die Maßnahmen zur Sicherung gegen eine übermäßige Inanspruchnahme einzelner Ärzte.

Gleichzeitig erschien die Verordnung über Krankenhilfe bei den Krankenkassen vom 30. Oktober 1923 (RGBl. S. 1054), wonach die Kassenärzte verpflichtet sind, eine nicht erforderliche Behandlung abzulehnen. Der Kassenvorstand ist berechtigt, Ärzten, die hiergegen verstoßen haben, fristlos zu kündigen und bis auf die Dauer von zwei Jahren die erneute Zulassung zur Kassenarzttätigkeit zu versagen. Diese Vorschriften wurden allerdings durch die Verordnung vom 29. XI. 24 (RGBl. S. 1157) gemildert.

Im Reichsarbeitsblatt 1924 Nr. 11 sind Richtlinien des Reichsausschusses für Ärzte und Krankenkassen für den allgemeinen Inhalt der Arztverträge am 12. Mai 1924 veröffentlicht worden. Hierbei ist besonders wichtig, daß „bei der Kasse oder einem Kassenverbande auf je 1350 Versicherte, bei Familienbehandlung auf je 1000 Versicherte ein Arzt entfallen soll".

Diese Verordnungen werden die Lage der Ärzte nicht verbessern. Dazu kommt, daß die Kassen Ambulatorien einrichten wollen. Solche Institute werden, vom gesundheitlichen Standpunkte aus betrachtet, manche Vorteile für die Kassenmitglieder bieten, aber sie sind geeignet, den Ärzten weiteren Schaden zuzufügen. So wird die Unzufriedenheit bei den Ärzten, namentlich bei dem Nachwuchs, der nicht zur Tätigkeit bei den Kassen wegen Überfüllung[1]) zugelassen wird, sich immer vergrößern. Der Ruf nach der Verstaatlichung wird wieder ertönen.

Man muß hier die Frage aufwerfen: Sind denn die Ärzte noch so weit entfernt von der Verbeamtung? Sind nicht die meisten von ihnen schon jetzt im gewissen Sinne Beamte? Ist nicht bereits eine umfangreiche Schar von Kranken, nämlich diejenigen, die in Krankenhäusern behandelt werden, den freien Ärzten entzogen und festbesoldeten Ärzten anvertraut?

* * *

So gelangen wir nun zu dem Krankenhauswesen, mit dem wir uns hier, nach Maßgabe des verfügbaren Raumes, zu befassen haben.

Ein kurzer Rückblick auf die geschichtliche Entwicklung ist auch hier für das Verständnis der Gegenwart erforderlich. Wie wir auf S. 25 dargelegt haben, entstammt das Hospitalwesen der christlichen Nächstenliebe bezw. ähnlichen sozialethischen Gedankengängen, die nach Sudhoff schon 500 Jahre vor unserer Zeitrechnung in Indien verwirklicht wurden. Gewiß wurden die Krankenhäuser mit den Mitteln der Wohltätigkeit so gut ausgestaltet, wie man nur konnte. Unsere Abbildung 4 S. 26 zeigt, welche Sorgfalt auf die Pflege der Kranken verwendet wurde. Andererseits hafteten früher dem Krankenhauswesen zahlreiche Mängel an. Schon die Lage mitten in der Stadt (siehe die Abbildung 16 S. 136), nahe den engen, vielfach schlecht gehaltenen Gassen, war weder den Kranken noch den Stadtbewohnern von Nutzen. Vor allem aber hatte bis in die 70er Jahre des 19. Jahrhunderts hin das Krankenhauswesen einen zu starken Beigeschmack von Wohltätigkeit und Armenpflege. Der Geldaufwand für die Krankenanstalten aus städtischen und staatlichen Mitteln

---

[1]) Im Deutschen Reiche wurden 1921, nach Angabe von Rapmund, 36186 Ärzte festgestellt, so daß auf rund 1700 Einwohner ein Arzt kam. In den 44 Großstädten waren 15598 (also 44% aller Ärzte) tätig, auf 950 Einwohner ein Arzt; dagegen wirkten in den übrigen Städten und in den Landgemeinden nur 20288 Ärzte (56%), auf 2220 Einwohner ein Arzt.

war noch verhältnismäßig gering; die gesundheitstechnischen Einrichtungen in den Krankenhäusern waren noch mangelhaft entwickelt. Unsere Abbildungen 67 und 68 bieten einen Einblick in Krankenräume des 18. Jahrhunderts. Aber nicht viel anders wie auf diesen Darstellungen waren die Zustände in manchen deutschen Städten noch am Ende des 19. Jahrhunderts. Es handelte sich zumeist um Gebäude, die früher irgendwelchen anderen Zwecken, Kirchen, Kriegslazaretten, Armenhäusern usw. gedient hatten und dann



Abb 67. Frauensaal.

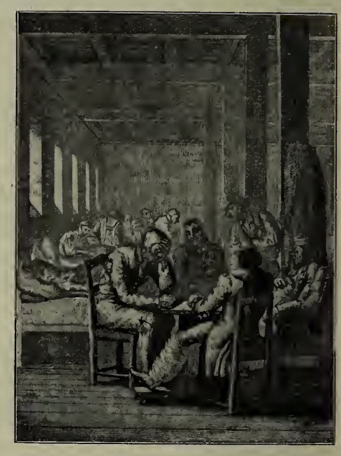


Abb. 68. Männersaal.

Krankenhausbilder aus dem Jahre 1789.
Kupferstiche von M. Mettenleiter.

zur Pflege von Kranken verwendet wurden. Innere und chirurgische, ansteckende (typhöse, tuberkulöse usw.) und nichtansteckende Kranke lagen nebeneinander in demselben Raum. Die Insassen dieser Krankenhäuser gingen daher fast nur aus der unbemittelten Bevölkerung hervor. Aus diesen Gründen war die Sterblichkeit in diesen Anstalten sehr hoch. Nach Angaben von Joh. L. Casper[1]) starben im Jahre 1822 von den Kranken der Pariser Hospitäler durchschnittlich 12,5 %, in manchen Spitälern war aber die Zahl weit größer, z. B. in der Charité 20 %, in den Kinderkrankenanstalten sogar 25 %. Oesterlen[2]) gibt an, daß 1851—1860 die Sterblichkeit aller Kranken im Allgemeinen Krankenhaus zu Wien 13,8 %, 1848—1856 in der Charité zu Berlin 11,5 % betragen hat. „Im Hinblick auf die riesige Sterblichkeit in den Krankenhäusern konnte", wie Abel[3]) mitteilt, „Virchow noch 1861 schreiben, es sei mehr Aufgabe der praktischen Medizin, die Hospitäler für Verwundete und Gebärende zu beseitigen, als zu erweitern".

[1]) Siehe S. 37 Fußnote 1a.
[2]) Siehe S. 37 Fußnote 2.
[3]) R. Abel: „Öffentliches Gesundheitswesen und Medizinalverwaltung", Deutsche medizin Wochenschrift 1924 Nr. 49.



Abb. 69. Städtisches Krankenhaus Karlsruhe: Blick vom Verwaltungsgebäude.



Abb. 70. Städtisches Krankenhaus Karlsruhe, Abteilung für Scharlach und Diphtherie: Krankensaal.

Nachdem 1870—1874 das Krankenhaus Friedrichshain in Berlin als erstes im Deutschen Reich nach neuzeitlichen Grundsätzen als Pavillonsystem geschaffen war, entwickelte sich das deutsche Krankenhauswesen zu seiner jetzigen Blüte, so daß die einst von deutschen Ärzten so bewunderten englischen[1]) Krankenhäuser längst von zahlreichen Anstalten selbst in Städten mittlerer Größe übertroffen wurden. Dies veranschaulichen z. B. unsere Abbildungen 69 und 70, welche Einrichtungen des in den Jahren 1903—1907 gebauten Städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe[2]) wiedergeben.

Jedes gutgeleitete Krankenhaus besitzt jetzt nicht nur alle erforderlichen gesundheitstechnischen Maßnahmen, sondern auch die häufig recht kostspieligen diagnostischen und therapeutischen Apparate der verschiedensten Art, die ein einzelner Arzt sich wohl nie oder nur selten anzuschaffen vermag. In zahlreichen Fällen ist die Behandlung in einem Krankenhaus nicht nur vorzuziehen, sondern dringend geboten, und zwar keineswegs lediglich bei den zumeist in unzulänglichen Wohnungen untergebrachten Unbemittelten, sondern auch bei Kranken des Mittelstandes und der wohlhabenden Kreise.

Die Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung ist in den letzten Jahrzehnten sehr stark gestiegen; die Stadtverwaltungen haben es an manchen Orten und zu manchen Zeiten schwer, den Anforderungen zu genügen. Im allgemeinen werden, nach Angabe von Grober, fünf Krankenhausbetten auf je 1000 Einwohner als geeignet bezeichnet; naturgemäß zeigen sich hierbei örtliche Verschiedenheiten gegenüber dieser Durchschnittsziffer. In den letzten Jahrzehnten sind freilich auch Mißgriffe bei der Einrichtung und Benutzung der Krankenhäuser zu beobachten gewesen. Um allen hygienischen Forderungen bei der Einrichtung und dem Betrieb zu genügen, sind große Geldmittel erforderlich; so hohe Ausgaben sind jedoch nur für die Behandlung von Schwerkranken zu rechtfertigen, während für die Leichtkranken, Erholungsbedürftigen und Genesenden auch in billigerer Weise gesorgt werden könnte.

Im Jahre 1881 wurden, nach amtlichen Angaben[3]), in allgemeinen Krankenhäusern 538997 Kranke, darunter 472096 in öffentlichen und 66901 in privaten Anstalten, behandelt, im Jahre 1913 aber 2435678, darunter 1533552 in öffentlichen Anstalten. Dazu kommt noch die große Zahl derjenigen, die in Anstalten für Geisteskranke, Augenheilanstalten und Entbindungsanstalten aufgenommen waren. Während im Jahre 1881 von je 10000 der Bevölkerung 120,3 in allgemeinen Krankenhäusern behandelt worden sind, belief sich die Ziffer im Jahre 1911 auf 351,7. Von 1000 abgegangenen Krankenhauspatienten waren während der Jahre 1902—1904 auf den Männerabteilungen 63,2, auf den Frauenabteilungen 75,7 gestorben, während die Zahlen für den Zeitraum 1911—1913 sich nur auf 56,4 bei den männlichen und 64,2 bei den weiblichen Kranken belaufen.

Um ein so großes Heer von Kranken zu behandeln, ist eine hohe Zahl von Krankenhausärzten erforderlich. So trägt auch die Entwicklung des Krankenhauswesens dazu bei, daß immer mehr Ärzte viele Jahre auf die eigene Praxis verzichten und ein Amt übernehmen, während zugleich riesige Menschenmassen damit einverstanden sind, daß sie von „Therapiebeamten“ der Krankenhäuser behandelt werden.

* * *

[1]) Siehe die zu S. 370 gehörende Fußnote 4.

[2]) „Das Allgemeine Krankenhaus der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe“, Karlsruhe 1909 bei C. F. Müller.

[3]) Siehe S. 397 Fußnote 1.

Es kann kein Zweifel sein, daß der Weg bis zur Verstaatlichung des Ärztewesens immer kürzer wird. Die gegenwärtige Lage, wo auf der einen Seite bei dem Fehlen der Familienhilfe zahlreiche Kinder sterben, ohne ärztliche Behandlung genossen zu haben, und auf der anderen Seite ein Heer von Ärzten zu wenig beschäftigt ist und daher Not leidet, dieser Zustand: Kranke ohne Ärzte, Ärzte ohne Kranke, ist unerträglich. Die zurzeit anwendbaren Mittel, um hier zu bessern, sind, wie oben betont wurde: Familienversicherung und Ausbau der Gesundheitsfürsorge in allen ihren Zweigen.

Literatur: *1.* **Th. Altschul:** *„Die Idee der Verstaatlichung des ärztlichen Standes", Wien 1896. — 2.* **H. Beckers:** *„Die Verstaatlichung des Heilwesens", Hannover 1895. — 3.* **M. Eppstein:** *„Die Sozialisierung des Gesundheitswesens", Bayer. ärztl. Korrespondenzbl. 1919 Nr. 7/8. — 4.* **A. Fischer:** *„Die Frage der Sozialisierung des Heilwesens", Bericht ü. d. 40. Versamml. d. Deutsch. Ver. f. öff. Gesundheitspfl., Braunschweig 1921. — 5.* **A. Gottstein:** *„Die Regelung des Gesundheitswesens in den deutschen Großstädten", Deutsch. med. Wochenschr. 1908 Nr. 12—14. — 6.* **Grober:** *„Krankenhäuser", Art. i. Handw. d. Kommunalw., Jena 1917, Bd. 3. — 7.* **Hahn** *(Camburg): „Die Reformation des Heilwesens", Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw., Berlin 1921, Bd. 13 Heft 6. — 8.* **Magnus Hirschfeld:** *„Verstaatlichung des Gesundheitswesens", Flugschr. d. Bundes Neues Vaterland Nr. 10, Berlin 1919. — 9.* **R. Lennhoff:** *„Die Regelung des kommunalärztlichen Dienstes in Charlottenburg", Med. Reform 1909 Nr. 42, dazu die Antwort von Gottstein, ebenda Nr. 44. — 10.* **E. Neumann:** *„Die Neugestaltung des Ärztestandes, des Krankenhauswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege", Veröffentl. a. d. Geb. d. Medizinalverw., Berlin 1918, Bd. 8 Heft 6. — 11.* **G. Pick:** *„Die Zukunft des Ärztestandes und der Ausbau des Gesundheitswesens", Berlin 1917. — 12.* **Rapmund:** *„Arzt", Art. i. Handw. d Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 1. — 13.* **Röder:** *„Die Sozialisierung des Kassenarztes", Ortskrankenkasse 1919 S. 221 ff. — 14.* **Stier-Somlo:** *„Die Ärztefrage und der Staat", Frankfurt a. M. 1910. — 15.* **Sudhoff:** *„Aus der Geschichte des Krankenhauswesens im frühen Mittelalter im Morgenland und Abendland", Ergebn. u. Fortschr. d. Krankenhauswesens, herausg. v. E. Dietrich u. J. Grober, Jena 1913, Bd. 2. — 16.* **Teleky:** *„Sozialisierung des Gesundheitswesens", Wiener Klin. Wochenschr. 1919 Nr. 23. — 17.* **R. Volz:** *a) „Die Stellung der Ärzte im Staate", Mitt. d. bad. ärztl. Vereins 1848 Nr. 1; b) „Ärztliche Briefe. Besprechungen über die Stellung der Ärzte im Staate", Karlsruhe 1869.*

6. Gesundheitspolitische Vereine.

Neben den kulturhygienischen Maßnahmen der Gesetzgebung sowie der staatlichen und städtischen Verwaltung ist auch die Wirksamkeit der gesundheitspolitischen Vereine von hohem Wert, sei es wegen der unmittelbar von ihnen ausgeführten Arbeit, sei es wegen der von ihnen ausgehenden Anregungen, die in der Zukunft verwirklicht werden. Zutreffend hat Ihering[1] geschrieben: „Der Verein ist der Pionier, der dem Staat die Wege ebnet; was heute Verein ist, ist nach Jahrtausenden Staat. Alle gemeinnützigen Vereine tragen die Anweisung auf den Staat in sich; es ist nur eine Frage der Zeit, wann er dieselben honorieren wird."

Unter den Vereinen, die kulturhygienisch tätig sind, müssen wir zwei große Gruppen unterscheiden: 1. solche, die auf Einzelgebieten des sozialen Gesundheitswesens tätig sind, und 2. solche, die das Gesamtgebiet ins Auge fassen. Mit den wichtigsten zur ersten Gruppe gehörenden Vereinen haben wir uns schon in den vorangegangenen einzelnen Abschnitten befaßt; hier beschäftigen wir uns nun noch, nach Maßgabe des vorhandenen Raumes, mit der zweiten Gruppe. Diese ist wiederum in eine Anzahl Untergruppen zu gliedern.

Zunächst sind diejenigen Vereine anzuführen, die sich ausschließlich der sozialen Hygiene, aber in allen ihren Zweigen, widmen. Bahnbrechend war hier die 1905 von

[1]) Nach Angabe von Arthur Mayer, siehe S. 421 Fußnote 1.

einigen praktischen Ärzten, Hygienikern, Statistikern und Beamten des sozialen Versicherungswesens gegründete Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik. Sie wollte nur eine Stätte der voraussetzungslosen Forschung und der wissenschaftlichen Erörterung sein; trotz dieser Beschränkung übte sie auch eine starke gesundheitspolitische Wirkung aus, da ihre Verhandlungsberichte veröffentlicht und viel beachtet wurden. Ende 1920 hat die Gesellschaft, die ihren Sitz in Berlin hatte, aber viele Mitglieder auch außerhalb der Reichshauptstadt besaß, als solche ihre Tätigkeit eingestellt und sich mit der Berliner Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege verschmolzen. Ähnliche Ziele wie die Gesellschaft für soziale Medizin verfolgte die innerhalb des Münchner Ärztevereins gebildete „Kommission für Arbeiterhygiene und -statistik".

Im Mittelpunkt der Bestrebungen steht die Gesundheitspolitik bei der 1916 gegründeten Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene; sie sucht zwar ebenfalls alles, was der Erkenntnis der sozialhygienischen Zustände dient, zu sammeln und nutzbar zu machen, aber sie will zugleich die gesetzgebenden Körperschaften, die Behörden und Verwaltungen zu wirkungsvollen Maßnahmen, soweit sie noch erforderlich sind, anregen. Obwohl sich die Badische Gesellschaft vorzugsweise mit den badischen Zuständen befaßt, hat sie sich auch schon mehrfach an den Reichstag und die Reichsregierung gewandt; zu ihren Mitgliedern gehören auch viele nichtbadische Körperschaften und Einzelpersonen. Den Bestrebungen der B. G. f. s. H. dient die Vierteljahrsschrift „Sozialhygienische Mitteilungen", die den Untertitel „Zeitschrift für Gesundheitspolitik und -gesetzgebung" führt.

In ähnlicher Weise wie die badische Gesellschaft wirkt die nach dem Kriege gegründete Kommunale Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet.

Fünf große deutsche Vereine, die auf Einzelgebieten des sozialen Gesundheitswesens tätig sind (Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz, Deutsches Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose, Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge, Deutsche Reichshauptstelle gegen den Alkoholismus) haben sich nach dem Kriege zur Arbeitsgemeinschaft sozialhygienischer Reichsverbände[1]) zusammengeschlossen und bereit erklärt, sich dem Deutschen Roten Kreuz zur Durchführung seiner Aufgaben und Arbeiten auf sozialhygienischem Gebiet als sozialhygienischer Beirat zur Verfügung zu stellen.

Von großer Bedeutung ist ferner die Wirksamkeit der Vereinigung deutscher Kommunal-, Schul- und Fürsorgeärzte, die aus der Vereinigung der deutschen Schulärzte hervorgegangen ist und sich seit einigen Jahren allen Zweigen der Gesundheitsfürsorge widmet.

Des weiteren sind die Vereine anzuführen, die sich mit der gesamten öffentlichen Hygiene befassen und, den neuzeitlichen Anforderungen entsprechend, sich jetzt auch mit sozialhygienischen Aufgaben eingehend beschäftigen. Hier ist besonders der 1873 gegründete, in den obigen Abschnitten vielfach erwähnte Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege hervorzuheben, der 1918 seine Satzung[2]) im Sinne der

[1]) Siehe die von dieser Arbeitsgemeinschaft herausgegebene „Sozialhygienische Rundschau" 1922 Nr. 2.

[2]) Siehe „Bericht über die 39. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege", Braunschweig 1919, S. 59 ff.

sozialen Hygiene ausgebaut und seitdem sich lediglich auf diesem Gebiet betätigt hat. Im Auslande bestehen ähnliche Vereine; namentlich ist auf die Schweizerische Gesellschaft[1]) für Gesundheitspflege hinzuweisen.

Der Deutsche Medizinalbeamtenverein[2]), dessen Aufgaben noch über das Gebiet der öffentlichen Hygiene hinaus reichen, widmet sich vielfach auch sozialhygienischen Fragen.

Zu erwähnen ist ferner, daß die 1891 als Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen gegründete Zentralstelle[3]) für Volkswohlfahrt, die eine besondere Abteilung für soziale Hygiene besaß, eine hoch anzuschlagende Arbeit geleistet hat; die Zentralstelle ist 1920 aufgelöst worden.

Von den Vereinen, die sich zwar nicht ausdrücklich gesundheitspolitischen Aufgaben widmen, aber mittelbar in dieser Richtung wirken, sind vor allem zu nennen: der 1872 gegründete Verein für Sozialpolitik, die seit 1890 bestehende Gesellschaft für soziale Reform, der 1881 geschaffene Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit, der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge, der Evangelisch-soziale Kongreß (seit 1890), der Verband für soziale Kultur und Wohlfahrtspflege, Arbeiterwohl (seit 1880). Dazu kommen die konfessionellen Verbände, der Charitasverband für das katholische Deutschland, der Zentralausschuß für die innere Mission der evangelischen Kirche, die Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden. Des weiteren sind hier anzuführen: das Rote Kreuz, das seine Friedenstätigkeit besonders auf sozialhygienischem Gebiet entfalten will, die Vaterländischen Frauenvereine und unter ihnen namentlich der 1859 gegründete Badische Frauenverein[4]), die sich seit Jahrzehnten u. a. auch den Wöchnerinnen, Säuglingen und Tuberkulösen gewidmet haben. Von hohem Wert ist sodann die Wirksamkeit der Gewerkschaften, die, so verschiedenartig ihre Weltanschauung ist, in dem Streben, die Lebenshaltung der Arbeiter zu verbessern und dadurch die sozialhygienische Frage an ihrer Wurzel anzugreifen, übereinstimmen. Hinzuweisen ist schließlich noch auf die Programme mancher politischen Parteien, insbesondere der Sozialdemokraten[5]) und der Demokraten[6]).

Literatur: *1.* **P. Draudt:** *„Die Arbeit des deutschen Roten Kreuzes", Blätter d. deutsch. Roten Kreuzes 1924 Jahrg. 3 Heft 1. — 2.* **A. Fischer:** *a) „Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung", Sammlung Göschen Nr. 749, Berlin 1914; b) „Ziele und Wege der Badischen Gesellschaft für soziale Hygiene", Sozialhyg. Mitteil. 1917 Heft 1; c) „50 Jahre öffentliche Gesundheitspflege", Sozialhyg. Mitteil. 1923 Heft 3 und 4. — 4.* **Grotjahn:** *„Die Gesundheitspflege im alten und neuen Programm der Mehrheitssozialisten", Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung 1921 Nr. 21. — 5.* **Rive:** *„50 Jahre Arbeit des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege", Deutsch. Zeitschr. f. öff. Gesundheitspfl. 1924 Heft 1 und 2. — 6.* **A. Salomon:** *„Öffentliche und private Wohlfahrtspflege", Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspfl. i. Deutsch. Reiche", herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 7.* **E. Seligmann:** *„50 Jahre Gesellschaft für öffentliche Gesundheitspflege in Berlin", Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 51.*

[1]) Siehe die seit 1921 erscheinende „Schweizerische Zeitschrift für Gesundheitspflege", herausg. von W. v. Gonzenbach.

[2]) Siehe „Zeitschrift für Medizinalbeamte", seit 1888.

[3]) Siehe „Schriften der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen", seit 1892.

[4]) Siehe „Geschichte des Badischen Frauenvereins 1859—1906", Karlsruhe 1906.

[5]) Siehe „Das Programm der Sozialdemokratie. Vorschläge für seine Erneuerung", Berlin 1920, S. 96 ff.

[6]) Das „Gesundheitspolitische Programm der Deutschen Demokratischen Partei in Baden" wurde in den „Sozialhyg. Mitteil." 1918 Heft 4 abgedruckt.

7. Maßnahmen gegen das Kurpfuschertum.

So wichtig es für die Volksgesundheit ist, daß jedem Kranken, ohne Rücksicht auf seine wirtschaftliche Lage, eine ärztliche Behandlung zuteil wird, so gefährlich ist es, wenn weite Bevölkerungsschichten sich statt an approbierte Fachleute an Kurpfuscher wenden.

Als Kurpfuscher sind alle zu bezeichnen, die gewohnheits- und berufsmäßig Menschen behandeln, ohne hierfür auf Grund eines genau vorgeschriebenen Studiums die Approbation als Arzt erhalten zu haben. Demgemäß fallen unter diesen Begriff auch die sogen. Naturheilkundigen. Gerling, einer ihrer Wortführer, behauptete zwar, daß die Kurpfuscherei auch bei Approbierten nicht ausgeschlossen sei, und daß man jeden, der durch seine Behandlung Kranke schädigt bezw. eine Kur verpfuscht, einen Kurpfuscher nennen muß. Diese Deutung ist irrig. Allerdings kann sich auch ein approbierter Arzt einmal irren; dies ist menschlich und bei den oft großen Schwierigkeiten auf dem Gebiete der Heilkunde wohl begreiflich. Aber dann handelt es sich um verhältnismäßig sehr seltene Ausnahmefälle. Die Leistungen der Ärzte sind heutzutage, entsprechend dem hohen Stande der Heilwissenschaft, im allgemeinen von Irrtümern frei und von höchstem Wert für die Volksgesundheit, besonders hinsichtlich der Erkennung ansteckender Krankheiten und solcher Leiden, bei denen, wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt wird, die Aussichten auf Heilung groß sind. Solche Arbeit kann nur von denjenigen erwartet werden, die sich bei einem langjährigen Studium die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten erworben haben und daraufhin approbiert sind. Die anderen Krankenbehandler sind Kurpfuscher. Damit soll nicht behauptet werden, daß nicht manche, die nicht approbiert sind, auf Grund besonderer Begabung in diesem oder jenem Zweig der Heilkunde Tüchtiges leisten können. Aber solche Heilbehandler, die man nur äußerst selten findet, haben, wenn sie gewissenhaft sind, die Pflicht, ihre Leistungsfähigkeit von anerkannten Sachverständigen prüfen zu lassen, und wenn sie vor dem Urteil bestehen können, mit den Ärzten gemeinsam der Volksgesundheit zu dienen. Die Forderung: „Freie Bahn dem Tüchtigen“ soll auch auf dem Gebiet der Heilbehandlung gelten.

Kurpfuscherei gab es schon im Altertum. Im Mittelalter und bis zu dem neuzeitlichen Aufschwung der medizinischen Wissenschaft fand das Kurpfuschertum bei dem abergläubischen Volk einen empfänglichen Boden. Zahlreiche Bilder niederländischer Meister (Ostade, Jan Steen, Rembrandt usw.) zeigen uns das Treiben der Quacksalber und Marktschreier. In den deutschen Ländern wurden zwar seit dem 18. Jahrhundert Kurpfuschereiverbote erlassen; allein ihre Wirkung scheint gering gewesen zu sein.

Als im Jahre 1869 dem Reichstage des Norddeutschen Bundes die Gewerbeordnung[1]) vorlag, richtete gelegentlich der zweiten Beratung die Berliner medizinische Gesellschaft an den Reichstag ein Gesuch, „daß das Publikum ferner nicht gezwungen sein soll, sich lediglich von geprüften Ärzten behandeln zu lassen“. Der Wortführer dieser die Kurierfreiheit anstrebenden Bewegung im Reichstag war der Arzt Loewe[2]). In seinem Idealismus überschätzte er, wie so viele andere, die Urteilsfähigkeit der breiten Massen; und so äußerte

[1]) Siehe Stenograph. Berichte ü. d. Verhandl. d. Reichstages d. Nordd. Bundes, I. Legislaturperiode, Berlin 1869, Bd. 3 Nr. 13, 83, 85 und 86.

[2]) Siehe Stenograph. Berichte ü. d. Verhandl. d. Reichstages d. Nordd. Bundes, I. Legislaturperiode, Berlin 1869, Bd. 1 S. 303 ff. In den Ausführungen Loewes findet man folgenden trefflichen Satz: „Ich glaube, daß wir die gesetzgeberische Aufmerksamkeit von heute ab immer viel mehr auf die Pflege der Gesundheit des Volkes, als auf die Kontrolle der Rezeptschreiberei zu richten haben.“

er sich über das Kurpfuschereiverbot: „Unser Volk bedarf dieser gängelnden Maßregeln nicht mehr, mit denen es vor dem Unglück bewahrt werden soll." Seine Darlegungen bewirkten, daß die Heilbehandlung freigegeben[1]) und nur die Führung des Titels „Arzt" durch den noch heute bestehenden § 29 der Gewerbeordnung an die Approbation geknüpft ist.

Die Kurpfuscherei dehnte sich dann immer mehr aus. Sie wurde und wird von den verschiedenartigsten Personen ausgeübt, „vom Analphabeten und Straßenkehrer bis zum Prälaten", wie sich Alexander ausdrückte. Nicht nur in der hohen Zahl[2]) der Kurpfuscher, sondern oft auch in ihrer skrupellosen Art der ständigen Reklame liegt der Grad ihrer Gefährlichkeit.

Da die Tätigkeit der Kurpfuscher bis zum Jahre 1910 bereits einen unerträglichen Umfang angenommen hatte, legte die Reichsregierung dem Reichstag einen Entwurf eines Gesetzes gegen die Mißstände im Heilgewerbe (Reichstagsdrucksache Nr. 535, 12. Legislaturperiode II. Session 1909/10) vor; er gelangte aber über die Ausschußberatung nicht hinaus; Neuwahlen des Reichstags kamen dazwischen, und eine erneute Vorlage ist nicht erfolgt.

Ein kleiner Anfang mit der Bekämpfung der Kurpfuscherei ist durch das preußische Hebammengesetz, das 1923 in Kraft trat, erreicht worden. Im § 3 dieses Gesetzes (siehe oben S. 233) wird bestimmt, daß nur approbierte Hebammen Geburtshilfe leisten dürfen; der namentlich in den östlichen Provinzen Preußens verbreiteten Hebammenpfuscherei (siehe S. 223), die jetzt mit Gefängnis bestraft werden kann, wird hierdurch hoffentlich wirkungsvoll entgegengetreten werden.

Daß man mit dem § 6 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten (siehe S. 390) den Kurpfuschern die Behandlung dieser Leiden entziehen wollte, ist oben dargelegt worden; leider ist aber gerade wegen dieses Paragraphen das ganze Gesetz gescheitert (siehe S. 392).

Große Verdienste hat sich die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums durch ihre seit vielen Jahren geleistete Aufklärungsarbeit[3]) erworben. Am 28. Juni 1924 faßte sie u. a. folgende Beschlüsse:

„1. Kurpfuscherei- und Geheimmittel-Unwesen gefährden die Volksgesundheit. Besonders unheilstiftend wirkt die Kurpfuscherei auf dem Gebiete der übertragbaren Krankheiten, wie z. B. der Geschlechtskrankheiten und der Tuberkulose, ferner die Kurpfuscherei durch massenbriefliche Behandlung und durch Massenvertrieb von Geheimmitteln.

3. Die planmäßigen öffentlichen Herabsetzungen und Verunglimpfungen der wissenschaftlichen Heilkunde, der sog. Schulmedizin, und ihrer Vertreter und Heilmethoden durch Kurpfuscher-Schutzverbände und Kurpfuscher-Presse untergraben das Vertrauen des Volkes zu den staatlich geprüften und anerkannten Medizinalpersonen ....

4. Der vom Kurpfuschertum organisierte Kampf gegen staatliche Gesundheitspflegegesetze, wie z. B. das Impfgesetz, oder gegen die Entwürfe solcher Gesetze, wie z. B. den Entwurf eines Gesetzes gegen Mißstände im Heilgewerbe oder eines Gesetzes gegen die Geschlechtskrankheiten ... durchkreuzen die staatliche Seuchenbekämpfung, die staatliche Krankenfürsorge ..."

---

[1]) Die Freigabe der Heilbehandlung war ursprünglich von der Regierung des Nordd. Bundes und dem Reichstag gar nicht geplant.

[2]) Wie dem „Jahresbericht des Landesgesundheitsamtes über das Gesundheitswesen in Sachsen auf die Jahre 1914—1918", Dresden 1921, zu entnehmen ist, waren am 1. Januar 1914 in Sachsen 2257 Ärzte angemeldet; die Zahl der Kurpfuscher belief sich im Jahre 1913 auf 1795. In Preußen war 1913 das Zahlenverhältnis der Kurpfuscher zu den Ärzten 27,5:100. (Siehe: „Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates in den Jahren 1919/20", Berlin 1922.)

[3]) Dieser Tätigkeit dient besonders die seit 1898 erscheinende Zeitschrift „Gesundheitslehrer", deren Schriftleiter H. Kantor ist.

Es erhebt sich nun die Frage, ob man ein Gesetz zur Bekämpfung der Kurpfuscherei fordern soll. Virchow hat noch 1900 davon abgeraten und betont: „An die Stelle bestrafter Pfuscher würden neue Quacksalber treten. Wir Älteren, die wir noch unter der Herrschaft der alten Pfuschereigesetze gelebt haben, wir kennen die Hartnäckigkeit der Kranken; wir haben es erlebt, daß die Bestrafung eines Pfuschers ein Lockmittel für die Anziehung neuer Patienten gewesen ist.“ Gewiß haben die ehemaligen Kurpfuschereiverbote die Mißstände nicht völlig fernzuhalten vermocht. Aber der Grund hierfür lag wohl darin, daß man nicht scharf genug gegen die Kurpfuscher vorging. Ascher urteilte 1898 folgendermaßen: „Wir halten die Wiedereinführung des Pfuschereiverbotes im Kampfe gegen dieses Unwesen für unentbehrlich, aber nur dann von Erfolg, wenn anstatt der früher üblichen geringen Geldstrafen ernste Strafmittel, das heißt empfindliche Freiheitsstrafen in Anwendung kommen.“ Dieser Ansicht muß man sich anschließen. Ein Gesetz gegen die Kurpfuscherei würde allerdings in gewissem Sinne die Freiheit beeinträchtigen; davor schrickt mancher zurück. Aber bei dem Begriff „Freiheit“ muß man fragen: Frei wofür? Ist es eine Freiheitsberaubung, wenn man den Kurpfuschern die Freiheit für ihre betrügerische Tätigkeit, wenn man abergläubischen oder urteilsunfähigen Menschen die Freiheit für die Schädigung ihrer Gesundheit nimmt? Nimmermehr! Darum ist ein Gesetz gegen die Kurpfuscherei durchaus angebracht; zugleich aber muß eine ausgiebige gesundheitliche Volksbelehrung durchgeführt werden.

Literatur: *1.* **L. Ascher:** *„Medizinalpfuscherei“, Art. i. Eulenburgs Real-Enzyklopädie 1898 Bd. 15. — 2.* **Karl Alexander:** *„Wahre und falsche Heilkunde“, Berlin 1899. — 3.* **R. Gerling:** *„Wahre und falsche Heilkunde und die Brandenburgische Ärztekammer“, 4. Aufl., Berlin 1901. — 4.* **H. Graack:** *„Kurpfuscherei“, Art. i. Handw. d. Staatsw., 4. Aufl., Jena 1923, Bd. 4. — 5.* **Hesse:** *„Kurpfuscherei und Geheimmittelwesen“, Abhandl. i. „Gesundheitswesen u. Wohlfahrtspfl. i. Deutsch. Reiche“, herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 6.* **M. Rubner:** *„Über Volksgesundheitspflege und medizinlose Heilkunde“, Berlin 1899. — 7.* **R. Virchow:** *„Zum neuen Jahrhundert“, Arch. f. pathol. Anatomie u. Physiol. u. f. klin. Medizin, Berlin 1900, Bd. 159 Heft 1. — 8.* **A. Zimmermann:** *a) „Das Kurpfuscherei- und Geheimmittelunwesen“, Zürich 1919; b) „Zur Frage der Kurierfreiheit in der Schweiz“, Schweiz. Zeitschr. f. Gesundheitspfl., herausg. v. W. v. Gonzenbach, 1922, Heft 4.*

8. Gesundheitliche Volksbelehrung und -erziehung.

An vielen Stellen wurde in den vorangegangenen Abschnitten betont, wie bedeutungsvoll und notwendig es ist, daß das ganze Volk, möglichst schon in der Schule, über die Lehren der individuellen Hygiene gründlich unterrichtet und zu einer gesundheitsgemäßen Lebensweise erzogen wird.

Leider haben im allgemeinen die Ärzte, insbesondere in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, es für nicht recht standeswürdig erachtet, das Volk über gesundheitliche Fragen zu belehren. Daher fanden namentlich die sogenannten Naturheilvereine mit ihren von gewandten Volksrednern gehaltenen Vorträgen, die sich von lateinischen und griechischen Ausdrücken, wie man sie von den Ärzten zu hören bekam, freihielten, Gehör bei den weitesten Volksschichten, was nicht immer einen Vorteil für die Volksgesundheit bedeutete.

Eine gewisse hygienische Aufklärung gab es schon im Mittelalter. Neustätter schreibt hierüber:

„Der öffentliche Anschlag oder die Verkündung der Dekrete, Reglemente, Erlasse, Verordnungen über Verhalten bei Seuchenzügen, über Reinhaltung von Straßen, über Kontrolle des Fleisches,

Verhütung von Nahrungs- und Genußmittelfälschungen u. a. versuchte schon ähnliches zu erzielen, wie wir es heute mit Merkblättern erreichen wollen. Außerdem findet sich eine große Literatur über die richtige Lebensweise. Sie knüpft vor allem an das salernitanische Gesundheitslehrgedicht[1]) an ..."

Diese Belehrung würde naturgemäß unseren heutigen Ansprüchen nicht genügen. Jedoch eine eingehendere, breite Volksmassen umfassende Aufklärung über hygienische Fragen ist bis um die Wende des 19. Jahrhunderts herum nicht feststellbar.

Abb. 71.



Ein hygienischer Vortrag F. A. Mais im Konzertsaal des Mannheimer Theaters (Ende des 18. Jahrh.).
Nach einem Ölgemälde im Kurpfälzischen Museum zu Heidelberg.

Wohl aber haben sich einzelne Ärzte bemüht, die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungen über den Kreis der Mediziner hinaus in weitere Volksschichten zu tragen. Hier ist vor allem F. A. Mai[2]), der sich, wie oben dargelegt wurde, als Verfasser eines Hygienegesetzentwurfs die größten Verdienste erworben hat, auch als vorbildlicher Gesundheitslehrer und -erzieher zu nennen. Im Jahre 1793 veröffentlichte er „Medicinische Fastenpredigten", und 1813 stellte er die bedeutungsvolle Frage[3]): Quid leges sine moribus? Es ist bezeichnend für seine Gedankenrichtung, daß er den hohen Wert der Moral für die Gesundheitspflege betonte. Vor allem aber ist hier hervorzuheben, daß er sich nicht auf das gedruckte Wort beschränkte, sondern gemeinverständliche Vorträge hielt. Ein im

[1]) Siehe S. 27 Fußnote 1.
[2]) Siehe S. 33.
[3]) Siehe S. 6.

Kurpfälzischen Museum zu Heidelberg aufbewahrtes Ölgemälde[1]), das wir in unserer Abbildung 71 wiedergeben, veranschaulicht, wie Mai um die Wende des 18. Jahrhunderts herum im Konzertsaal des Mannheimer Hoftheaters vor den kurfürstlichen Herrschaften und der Hofgesellschaft einen hygienischen Vortrag hält.

Die 1796 erschienene „Makrobiotik" von Hufeland, die besondere Beachtung fand, wurde schon auf S. 30 erwähnt. Ähnliche Bücher folgten dann in nicht geringer Zahl. Mit den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft wurden auch die volkstümlich gehaltenen Gesundheitsbücher neugestaltet. Viel gelesen wurden namentlich die Schriften von C. E. Bock, Fr. Erismann, Ludwig Büchner und L. Sonderegger.

Aber diese Bücher, denen sich dann eine Menge von Schriften, die sich teils mit dem Gesamtgebiet, teils mit einzelnen Abschnitten der persönlichen Gesundheitspflege befaßten — vorbildlich ist das vom Kaiserl. Gesundheitsamt herausgegebene „Gesundheitsbüchlein" —, anreihte, erreichten bei den breiten Volksmassen ihr Ziel nicht in dem Maße, wie es das gesprochene Wort vermag. Durch die Gründung des Deutschen Vereins für Volkshygiene, der sich in vielen Städten Ortsgruppen schuf, wurden zahlreiche gemeinverständliche Vorträge von Ärzten gehalten.

Ein bedeutender Fortschritt auf dem Gebiete der gesundheitlichen Volksbelehrung wurde durch die von Lingner geleitete Internationale Hygieneausstellung zu Dresden 1911 erzielt. Sie wurde das Vorbild für andere Ausstellungen und bildete die Grundlage für das Deutsche Hygiene-Museum, Sitz Dresden, das mannigfache großzügige Leistungen hinsichtlich der hygienischen Aufklärung aufzuweisen hat.

Nach dem Kriege hielt man einen erheblichen Ausbau der hygienischen Volksbelehrung für dringend geboten. Auf Anregung von Adam und Bornstein wurde 1919 der Preußische Landesausschuß für hygienische Volksbelehrung gegründet. Die preußische Regierung legte auf die Wirksamkeit dieses Ausschusses großen Wert; am 29. November 1920 hat sie einen Erlaß[2]) betreffend Richtlinien für die Einrichtung von Provinzialausschüssen sowie von Orts- oder Kreisausschüssen für hygienische Volksbelehrung veröffentlicht.

Auf Anregung der Reichsregierung wurde am 5. Februar 1921 ein Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung gebildet. Jetzt besitzen alle deutschen Gliedstaaten entsprechende Landesausschüsse.

Erwähnenswert ist eine Entschließung, die der Deutsche Ärztetag im September 1921 faßte; er fordert „die deutschen Ärzte auf, wie bisher an der hygienischen Volksaufklärung tatkräftig mitzuarbeiten, und hält dabei ein Zusammengehen mit den Trägern der Sozialversicherung für wünschenswert und ersprießlich, erklärt sich ferner bereit, an den Arbeiten des Reichsausschusses für hygienische Volksbelehrung teilzunehmen, lehnt dabei aber eine offizielle Vertretung der Naturheilvereine unbedingt ab, soweit und solange viele der von diesen Vereinen vertretenen Ansichten ... geeignet sind, jede hygienische Volksbelehrung in bedenklichster Weise zu hemmen und zu schädigen".

In den letzten Jahren war die Arbeit des Reichs- und der Landesausschüsse infolge der mit der Inflation verbundenen Geldnot behindert; jetzt scheint sich die Tätigkeit wieder zu beleben.

---

[1]) Siehe Fried. Walther: „Mannheim in Vergangenheit und Gegenwart", Mannheim 1907, Bd. I S. 703.

[2]) Siehe „Volkswohlfahrt" vom 1. Januar 1921.

Von großer Bedeutung ist, daß man die Kinder schon in der Schule über die hygienischen Forderungen unterrichtet. Dazu ist notwendig, daß die Lehrer besser als bisher in der Hygiene ausgebildet werden. Das von Adam gemeinsam mit dem Rektor Lorentz 1923 herausgegebene Lehrbuch wird gewiß hierbei die besten Dienste leisten.

Zu betonen ist aber immer wieder, daß es nicht allein auf die hygienischen Kenntnisse, sondern auch auf die Erziehung zur Gesundheitspflicht ankommt. Dies wurde kürzlich auch von Abderhalden erneut hervorgehoben. Mit Recht hat E. Schmitt darauf hingewiesen, daß auf diesem Gebiete besonders hohe Aufgaben für die Fürsorgeärzte liegen.

Der Wert der hygienischen Volksbelehrung und -erziehung ist früher unterschätzt worden. Jetzt wissen wir, daß man die Volksgesundheit nicht allein auf den Maßnahmen der Gesetzgebung und Verwaltung aufbauen kann. Das Bewußtsein des Rechtes auf Gesundheit wird bei den breiten Volksmassen gewiß erhebend wirken. Aber zum Gesundheitsrecht muß die Gesundheitspflicht hinzutreten. Schon jetzt gilt als sicher, daß das 20. Jahrhundert zum Jahrhundert des Gesundheitsrechts wird; hoffentlich wird es auch zum Jahrhundert der Gesundheitspflicht.

Literatur: *1.* ***E. Abderhalden:*** *a) siehe S. 5 Fußnote 2; b) „Tut das deutsche Volk seine Pflicht?" Blätter für Volksgesundheitspflege 1924 Heft 1. — 2.* ***Adam*** *und* ***Lorentz:*** *„Gesundheitslehre in der Schule", Leipzig 1923. — 3.* ***C. E. Bock:*** *„Das Buch vom gesunden und kranken Menschen", 11. Aufl., Leipzig 1876. — 4.* ***K. Bornstein:*** *„Arzt und Hygiene", Ärztl. Vereinsbl. 1920 Nr. 1216. — 5.* ***Ludwig Büchner:*** *„Das Buch vom langen Leben", Leipzig 1892. — 6.* ***Fr. Erismann:*** *„Gesundheitslehre für Gebildete aller Stände", 2. Aufl., München 1879. — 7.* ***Chr. W. Hufeland:*** *„Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern", Jena 1796. — 8.* ***Ph. Kuhn:*** *„Die dringlichsten Aufgaben der Volksgesundheitspflege", Münch. med. Wochenschr. 1919 Nr. 9. — 9.* ***F. A. Mai:*** *„Medicinische Fastenpredigten oder Vorlesungen über Körper- u. Seelen-Diätetik", Mannheim 1793. — 10.* ***B. Möllers:*** *„Hygienische Volksbelehrung", Abh. i. „Gesundheitswesen und Wohlfahrtspfl. i. Deutschen Reiche", herausg. v. Möllers, Berlin 1923. — 11.* ***O. Neustätter:*** *„Der Reichsausschuß für hygienische Volksbelehrung", Sozialhyg. Mitteil. 1921 Heft 2. — 12.* ***E. Schmitt:*** *„Die erzieherischen Aufgaben des Fürsorgearztes", Sozialhyg. Mitteil. 1923 Heft 1 und 2. — 13.* ***G. Seiffert:*** *„Die Technik der hygienischen Volksbelehrung", Öffentl. Gesundheitspfl. 1922 Heft 11. — 14.* ***L. Sonderegger:*** *„Vorposten der Gesundheitspflege", 4. Aufl., Berlin 1892.*

Sachverzeichnis.

T.



